

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarife BV10 und BV11) als Direktversicherung

Inhaltsverzeichnis

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN	3
§ 1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	3
§ 2 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?	3
§ 3 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns Angaben verschweigen?	3
§ 4 Welches Recht gilt für den Vertrag und wie müssen Mitteilungen erfolgen?	5
§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn sich die Anschrift oder der Name ändert?	5
§ 6 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	5
B. LEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN	5
§ 7 Welche Leistungen erbringen wir, wenn der Versicherte berufsunfähig wird?	5
§ 8 Wann gilt der Versicherte als berufsunfähig und wann nicht?	7
§ 9 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?	9
§ 10 In welchen Fällen leisten wir nicht?	10
C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN	11
§ 11 Wie erhöhen sich die Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven?	11
D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN	13
§ 12 Was müssen Sie beachten, wenn wir eine Leistung aus diesem Vertrag zahlen sollen?	13
§ 13 Wann teilen wir mit, ob wir leisten?	14
§ 14 Was müssen Sie beachten, während wir leisten?	15
§ 15 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?	15
§ 16 Wer erhält die Leistungen?	15
E. BEITRÄGE UND KOSTEN	15
§ 17 Wie müssen Sie die Beiträge zahlen?	15
§ 18 Was geschieht, wenn wir einen Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten?	16
§ 19 Welche Kosten sind in den Beiträgen enthalten?	16
§ 20 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?	17
F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN	17
§ 21 Wie können Sie die Beiträge befristet aussetzen?	17
§ 22 Wie können Sie die Beiträge stoppen?	18
G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN	18
§ 23 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Abschluss des Vertrags?	18

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS	21
§ 24 Wann können Sie den Vertrag kündigen und welche Folgen hat dies?	21
ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN	22

Im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung besteht ein arbeitsrechtliches Versorgungsverhältnis zwischen Ihnen als Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer. Dies wird über eine Direktversicherung abgebildet. Mit dem Abschluss dieser Direktversicherung entsteht außerdem ein Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns. Hierbei ist der Arbeitnehmer der [→] Versicherte.

Diese Bedingungen regeln alleine das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen als [→] Versicherungsnehmer und uns. Die in den Bedingungen festgelegten Rechte und Pflichten gelten für Sie als Versicherungsnehmer. Ist die Mitwirkung des Arbeitnehmers als Versicherter erforderlich, sind Sie auch dafür verantwortlich.

Wichtige Hinweise: Wir verwenden nur die männliche Schreibweise. Damit meinen wir gleichermaßen alle Geschlechter. Der Text wird dadurch übersichtlicher und verständlicher. Um die Bedingungen leichter verstehen zu können, erklären wir Fachbegriffe im Anhang. Alle Fachbegriffe, die wir dort erklären, haben wir mit dem Zeichen [→] gekennzeichnet.

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.
Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN

§ 1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Vertrag kommt zwischen Ihnen und uns zustande, wenn:

- wir den Antrag durch eine Annahmeerklärung annehmen oder
- Sie unser Angebot durch eine Annahmeerklärung in [→] Schriftform annehmen.

Ab diesem Zeitpunkt beginnt der Versicherungsschutz. Wenn im [→] Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Beginn des Vertrags genannt ist, beginnt der Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt.

Bitte beachten Sie: Der Versicherungsschutz besteht nur dann, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Mehr dazu finden Sie in § 17 und § 18.

(2) Wenn wir mit Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz vereinbart haben, gelten dafür die Regelungen in Absatz 1 nicht. Die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz finden Sie in den zusätzlichen Bedingungen.

§ 2 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?

(1) Wenn Sie einen Antrag stellen oder ein Angebot anfordern, müssen Sie unsere Fragen richtig und vollständig beantworten (Anzeigepflicht). Unsere Fragen stellen wir in [→] Textform. Wir fragen nach Umständen, die für den Abschluss und den Inhalt des Vertrags besonders wichtig sind. Diese nennen wir [→] gefahrerhebliche Umstände. Ein solcher Umstand kann zum Beispiel der Zustand der Gesundheit sein. Der Vertrag wird im Vertrauen darauf geschlossen,

dass Sie unsere Fragen richtig und vollständig beantworten.

Auch nachdem Sie den Antrag gestellt oder ein Angebot angefordert haben, können neue gefahrerhebliche Umstände hinzukommen. Die neuen gefahrerheblichen Umstände müssen Sie uns dann nicht von selbst nachmelden. Wir können aber nach weiteren gefahrerheblichen Umständen fragen, nachdem Sie den Antrag gestellt oder ein Angebot angefordert haben. Dann müssen Sie unsere Fragen ebenfalls richtig und vollständig beantworten. Unser Fragerecht zu neuen gefahrerheblichen Umständen endet, wenn der Vertrag zustande gekommen ist. Mehr dazu finden Sie in § 1 Absatz 1.

(2) Auch der [→] Versicherte muss die Fragen richtig und vollständig beantworten.

Besonderheit bei Ausscheiden aus dem Unternehmen

(3) Bei diesen Verträgen können wir die Beiträge auch nach [→] kollektiven Merkmalen ermitteln. Wenn der Versicherte später aus dem Unternehmen ausscheiden sollte und den Vertrag privat weiterführt, gilt Folgendes: Wir führen den Vertrag fort, ohne die kollektiven Merkmale zu berücksichtigen. Dadurch kann sich ein höherer Beitrag ergeben.

§ 3 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns Angaben verschweigen?

Im Folgenden informieren wir Sie, unter welchen Bedingungen wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag anpassen oder

- den Vertrag wegen [→] arglistiger Täuschung anfechten können.

Bitte beachten Sie: Die folgenden Regelungen gelten auch, wenn der [→] Versicherte die Anzeigepflicht verletzt. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie das wussten.

Rücktritt

(1) Wenn Sie [→] gefahrerhebliche Umstände falsch angegeben haben, verletzen Sie die Anzeigepflicht. Wir können dann vom Vertrag zurücktreten.

Bitte beachten Sie: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- Sie uns nachweisen, dass Sie weder [→] vorsätzlich noch [→] grob fahrlässig falsche Angaben gemacht haben.
- Sie zwar grob fahrlässig falsche Angaben gemacht haben, uns aber Folgendes nachweisen: Wir hätten den Antrag zu anderen Bedingungen angenommen, wenn Sie die Umstände richtig angegeben hätten.

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet der Versicherungsschutz. Wenn zum Zeitpunkt des Rücktritts bereits der [→] Versicherungsfall eingetreten ist, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Dazu müssen Sie uns nachweisen, dass folgende Bedingungen erfüllt sind:

Der verschwiegene Umstand war nicht die Ursache dafür, dass

- der Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
- die Leistungspflicht festgestellt wurde,
- die Leistungspflicht im zugesagten Umfang angefallen ist.

Kündigung

(3) Wenn wir nicht zurücktreten können, können wir den Vertrag kündigen. Dazu müssen wir eine Frist von einem Monat einhalten. Wir verzichten auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

(4) Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] fahrlässig verletzt haben, gilt folgende Ausnahme: Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

Wir hätten den Vertrag auch dann geschlossen, wenn wir die verschwiegenen Umstände gekannt hätten. Ein verschwiegener Umstand kann zum Beispiel eine Krankheit sein.

Vertragsanpassung

(5) Wenn wir den Vertrag nicht kündigen und nicht vom Vertrag zurücktreten, führen wir den Vertrag zu anderen Bedingungen fort. Und zwar zu den Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir von den verschwiegenen Umständen gewusst hätten. Die neuen Bedingungen gelten rückwirkend ab Beginn des Vertrags.

Wenn Sie die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben, verzichten wir auf die gesetzliche Möglichkeit den Vertrag anzupassen.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, wenn

- wir den Beitrag um mehr als 10 % dafür erhöhen, dass wir das neue Risiko übernehmen, oder
- wir keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben.

Die Frist beginnt, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben. Wir werden Sie in unserer Mitteilung auf Ihr Recht zur Kündigung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(6) Geltend machen können wir unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur unter folgender Bedingung: Wir haben Sie in einer gesonderten Mitteilung in [→] Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats geltend machen. Die Monatsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem wir festgestellt haben, welche Rechte wir geltend machen können. Wenn wir unsere Rechte ausüben, müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unseren Rücktritt, unsere Kündigung oder Vertragsanpassung stützen. Wir können nachträglich weitere Gründe angeben, solange die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

In folgenden Fällen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen:

- Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben.
- Es war uns bekannt, dass die Angabe falsch war.
- Es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Dies gilt nicht, wenn innerhalb dieser fünf Jahre ein [→] Versicherungsfall eingetreten ist. Dann können wir unsere Rechte auch nach Ablauf dieser Frist ausüben. Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] vorsätzlich oder

[→] arglistig verletzt haben, verlängert sich die Frist auf zehn Jahre.

Anfechtung

(7) Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] arglistig verletzen, können wir den Vertrag anfechten. Dann erlischt der Vertrag von Anfang an und wir erbringen keine Leistungen.

Leistungserhöhung

(8) Wenn Sie den Umfang der Versicherung später erhöhen, gilt Folgendes: Wir können für den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte erneut geltend machen. Die in Absatz 6 genannten Fristen beginnen für den geänderten Teil ab dem Zeitpunkt der Erhöhung erneut zu laufen.

Folgen des Rücktritts / der Anfechtung / der Kündigung

(9) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten, endet der Versicherungsschutz. Wir zahlen Ihnen dann nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp vor (§ 22). Sie zahlen in diesem Fall keine Beiträge mehr.

§ 4 Welches Recht gilt für den Vertrag und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

(1) Der Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Alle Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in [→] Textform erfolgen, sonst müssen diese nicht beachtet werden. Nach dem Tod des [→] Versicherten dürfen wir unsere [→] Erklärungen an eine der folgenden Personen schicken:

- den [→] Begünstigten oder
- eine bevollmächtigte Person.

§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn sich die Anschrift oder der Name ändert?

Sie müssen uns [→] unverzüglich mitteilen, wenn sich die Anschrift ändert. Dies gilt für folgende Personen:

- den [→] Versicherungsnehmer,
- den [→] Versicherten oder
- einen Leistungsempfänger.

Tun Sie dies nicht, kann dies in folgendem Fall nachteilig sein: Wir senden [→] Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an die letzte uns bekannte Anschrift. Drei Tage danach gilt die Erklärung als

zugegangen. Dasselbe gilt, wenn der Name geändert wird.

Wenn geplant ist, sich längere Zeit im Ausland aufzuhalten, muss uns ein Bevollmächtigter genannt werden. An diesen Bevollmächtigten werden wir dann unsere Erklärungen senden.

§ 6 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Sie können eine Klage gegen uns erheben bei dem zuständigen Gericht des Bezirks:

- in dem wir unseren Sitz haben
- in dem Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Der Versicherte oder ein Hinterbliebener kann gegen uns Klage beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem wir unseren Sitz haben
- in dem er seinen Wohnsitz hat oder
- in dem er sich gewöhnlich aufhält, wenn er keinen festen Wohnsitz hat.

(2) Wir können eine Klage gegen Sie erheben bei dem zuständigen Gericht des Bezirks,

- in dem Sie ihren Sitz oder
- eine Niederlassung haben.

Gegen den [→] Versicherten oder seine Hinterbliebenen können wir Klage erheben beim zuständigen Gericht des Bezirks,

- in dem diese ihren Wohnsitz haben oder
- in dem diese sich gewöhnlich aufhalten, wenn sie keinen festen Wohnsitz haben.

(3) Für Klagen sind die deutschen Gerichte auch dann zuständig, wenn

- der [→] Versicherte oder seine Hinterbliebenen ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen oder
- Sie Ihren Sitz ins Ausland verlegen.

B. LEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

§ 7 Welche Leistungen erbringen wir, wenn der Versicherte berufsunfähig wird?

(1) Sie können folgende Leistungen für den Fall vereinbaren, dass der [→] Versicherte berufsunfähig wird:

- Befreiung von der Zahlung der Beiträge:
Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen.

– Rente:

Wir zahlen eine Berufsunfähigkeitsrente am Anfang eines jeden Monats. Sie können bei Abschluss des Vertrags auch eine andere Zahlungsweise wählen.

– Garantierte Steigerung der Rente:

Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich jährlich um einen festen Prozentsatz, während der Versicherte berufsunfähig ist. Die Rente steigt zu Beginn eines jeden [→] Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Berufsunfähigkeit. Wenn der Versicherte später erneut berufsunfähig wird, zahlen wir die zuletzt erreichte Berufsunfähigkeitsrente weiter. Bisherige Erhöhungen aus der garantierten Steigerung der Rente bleiben also erhalten. Künftig erhöht sich die Rente weiter. Dafür berechnen wir den vereinbarten Prozentsatz auf die zuletzt erreichte Rente. Dazu zählen auch der erreichte Rentenzuwachs (siehe § 11 Absatz 5) und die Erhöhungen durch die [→] Dynamik.

(2) Wenn der [→] Versicherte während der Dauer dieses Vertrags berufsunfähig wird, erbringen wir die vereinbarten Leistungen. Der Versicherte gilt auch als berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig wird. Mehr dazu finden Sie in § 9. Die persönlichen Vertragsdaten finden Sie im [→] Versicherungsschein. Persönliche Vertragsdaten sind zum Beispiel:

- Höhe der Leistungen
- Beginn und Ende des Vertrags.

Die garantierten Leistungen berechnen wir mit folgenden [→] Rechnungsgrundlagen:

- dem [→] Rechnungszins von 0,9 % pro Jahr und
- unseren Annahmen zum Eintritt des versicherten [→] Risikos.

Zusätzlich zu den garantierten Leistungen erhalten Sie Leistungen aus Überschüssen. Mehr dazu finden Sie in § 11.

Beginn und Ende der Leistungen

(3) Unsere Leistungen beginnen zum Anfang des Monats, nachdem der [→] Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn wir die Leistungen erst später zusagen, leisten wir rückwirkend.

Unsere Leistungen enden, wenn

- der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist,
- der Versicherte stirbt oder
- die vereinbarte [→] Leistungsdauer endet.

(4) Sie können eine [→] Karenzzeit vereinbaren. In diesem Fall zahlen Sie einen geringeren Beitrag. Wir zahlen dann die Rente erstmals zum Anfang des Monats, nach dem die Karenzzeit endet. Bedingung: Der [→] Versicherte war während der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig und ist dies auch noch nach dem Ende der Karenzzeit. Die Karenzzeit gilt nur für die Rente. Wir befreien Sie von der Zahlung der Beiträge zum Anfang des Monats, nach dem der Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn der Versicherte während der Dauer des Versicherungsschutzes erneut berufsunfähig wird, rechnen wir die bereits zurückgelegte Karenzzeit an. Folgende Bedingungen müssen hierfür erfüllt sein:

- Der Versicherte wird innerhalb von 24 Monaten erneut berufsunfähig.
- Die erneute Berufsunfähigkeit hat dieselbe Ursache.

Bitte beachten Sie: Eine Karenzzeit können Sie nicht mit der garantierten Steigerung der Rente verbinden.

(5) Sie können einen Versicherungsschutz vereinbaren, der kürzer ist als die [→] Leistungsdauer. Sie zahlen dann einen geringeren Beitrag. In folgenden Fällen zahlen wir unsere Leistungen über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus bis zum Ende der Leistungsdauer:

- Der [→] Versicherte ist weiter berufsunfähig.
- Der Versicherte ist nach dem Ende des Versicherungsschutzes erneut wegen der ursprünglichen Ursache berufsunfähig. Dies gilt, wenn wir in der Zwischenzeit keine Leistungen mehr erbracht haben, weil der Versicherte nicht mehr berufsunfähig war. **Bitte beachten Sie:** Die Mitwirkungspflichten in § 12 gelten erneut.

Hilfestellungen

(6) Während der gesamten Dauer des Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zum Versicherungsschutz allgemein und wenn wir Leistungen zahlen. Wir erläutern zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten. Wir helfen dem [→] Versicherten auch dabei, sich wieder in den Beruf einzugliedern. Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,

- welche Unterlagen eingereicht werden müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- wie [→] Selbständige ihren Betrieb umorganisieren können.

Beiträge während der Prüfung der Leistungspflicht

(7) Bis wir entschieden haben, ob wir leisten oder nicht, müssen Sie die Beiträge weiter zahlen. Wenn wir leisten, zahlen wir Ihnen zu viel gezahlte Beiträge zurück. Außerdem verzinsen wir die zu viel gezahlten Beiträge, die wir nach dem Antrag auf Leistung erhalten haben. Der Zinssatz beträgt 2 % pro Jahr.

Alternativ können Sie beantragen, dass Sie solange keine Beiträge zahlen, bis wir über die Leistung entschieden haben. Für diese Stundung müssen Sie keine Zinsen zahlen. Wenn wir den Antrag auf Leistung annehmen, brauchen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen. Dies gilt für den Zeitraum für den wir die Leistung rückwirkend anerkennen.

Wenn Sie unsere Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen,

- verzinsen wir zu viel gezahlte Beiträge oder
- stunden wir die Beiträge zinslos,

bis das Gericht rechtskräftig entschieden hat.

Wenn wir den Antrag auf Leistung ablehnen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Dies können Sie wie folgt tun:

- Sie zahlen sofort in einem Betrag oder
- Sie zahlen innerhalb von höchstens 48 Monaten in gleichen monatlichen Raten. Sie können für die Raten auch eine andere Zahlungsweise wählen. Eine einzelne Rate muss mindestens 25 EUR betragen. Während dieser 48 Monate erheben wir keine Zinsen.

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den [→] steuerlichen Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht übersteigen.

Weltweiter Schutz im Beruf und in der Freizeit

(8) Der [→] Versicherte hat weltweit Versicherungsschutz, sowohl im Beruf als auch in der Freizeit. Sie müssen uns nicht informieren, wenn sich bei dem Versicherten während der Vertragsdauer [→] gefahr-

erhebliche Umstände ändern. Dies sind zum Beispiel der Beruf oder die Hobbys.

§ 8 Wann gilt der Versicherte als berufsunfähig und wann nicht?

Definition Berufsunfähigkeit

(1) Der [→] Versicherte ist berufsunfähig, wenn er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Folgende Bedingungen müssen dabei erfüllt sein:

- Dauer:
Der Versicherte ist berufsunfähig, wenn er seinen Beruf
 - voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht ausüben kann oder
 - bereits sechs Monate ununterbrochen nicht ausüben konnte und der Zustand andauert. Der Versicherte gilt dann als berufsunfähig von Beginn dieses Zeitraums an und wir leisten rückwirkend.
- Mindestgrad:
Der Versicherte ist dann berufsunfähig, wenn er seinen Beruf zu mindestens 50 % (Mindestgrad) nicht ausüben kann. Sie können auch einen Mindestgrad von 75 % vereinbaren. Dann zahlen wir die Leistungen erst, wenn der Versicherte zu mindestens 75 % berufsunfähig ist.
- Ursache:
Der Versicherte ist nur dann berufsunfähig, wenn er gesundheitlich beeinträchtigt ist und ein Arzt dies bescheinigt. Dies kann folgende Ursachen haben:
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - einen Verfall der Kräfte. Ein Verfall der Kräfte liegt bereits dann vor, wenn dieser dem Alter des Versicherten entspricht.
- Zuletzt ausgeübter Beruf:
Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach seinem zuletzt ausgeübten Beruf. Hierbei berücksichtigen wir auch [→] Misch Tätigkeiten aus verschiedenen [→] Teilzeittätigkeiten. Wir betrachten, wie der zuletzt ausgeübte Beruf ausgestaltet war, als der Versicherte noch nicht gesundheitlich beeinträchtigt war.

Wir verzichten auf eine [→] abstrakte Verweisung.

Bitte beachten Sie folgende Besonderheiten:

- Hat der Versicherte seinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen geändert oder gewechselt („leidens-

bedingter Berufswechsel“), gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich ausgeübten Beruf.

- Befindet sich der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in der gesetzlichen Eltern-, Pflege- oder Familienpflegezeit, gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor dieser Zeit tatsächlich ausgeübten Beruf. Ausnahme: Sie teilen uns mit, dass der Versicherte seinen Beruf geändert oder gewechselt hat.
- Ist der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit arbeitslos oder in Kurzarbeit, gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor der Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit tatsächlich ausgeübten Beruf.

Keine Berufsunfähigkeit wegen konkreter Ausübung einer zumutbaren Tätigkeit

(2) Der [→] Versicherte gilt nicht als berufsunfähig, wenn er tatsächlich eine andere zumutbare Tätigkeit ausübt. Wir nennen dies konkrete Verweisung. Eine zumutbare Tätigkeit liegt vor, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Der Versicherte muss die Tätigkeit aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben können, und
- die Tätigkeit muss seiner Lebensstellung entsprechen. Gemeint ist die Lebensstellung in der Zeit, bevor die Gesundheit beeinträchtigt wurde. Hierfür vergleichen wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs mit dem jetzt ausgeübten Beruf. Mehr dazu finden Sie in Absatz 4.

Für Auszubildende, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Ausbildungszeit befinden, gilt: Wir berücksichtigen zu Gunsten des Auszubildenden die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung erreicht wird. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch der sozialen Wertschätzung.

Keine Berufsunfähigkeit wegen Umorganisation

(3) Ein beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer oder ein [→] Versicherter,

- der vorzeitig ausgeschieden ist,
- in die Selbständigkeit gewechselt ist und
- die Eigenschaft des [→] Versicherungsnehmers übernommen hat,

gilt in folgendem Fall nicht als berufsunfähig:

Der Versicherte könnte weiter in seinem Betrieb tätig sein, wenn der Betrieb umorganisiert würde. Es muss zumutbar und betrieblich sinnvoll sein, dass der Betrieb umorganisiert wird. Das ist dann der Fall, wenn die Umorganisation

- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- dazu führt, dass die neue Tätigkeit des Versicherten im Vergleich zu seiner bisherigen Stellung im Betrieb angemessen ist. Mehr dazu finden Sie in Absatz 4.

Wir verzichten darauf, die Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Der Selbständige ist Akademiker und übt in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten aus. Dies gilt auch für beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer.
- Der Betrieb beschäftigt in den letzten zwei Jahren durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter. Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten zählen nicht zu den Mitarbeitern. Für selbständige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker oder Psychotherapeuten gilt: Als Mitarbeiter zählen nur Angestellte mit einem akademischen Abschluss in einem Heilberuf.

Zumutbare Tätigkeiten

(4) Die neue Tätigkeit und die Umorganisation des Betriebs sind zumutbar, wenn Folgendes gilt:

- Die neue Tätigkeit geht nicht zu Lasten der Gesundheit des [→] Versicherten und
- das jährliche Bruttoeinkommen beträgt mehr als 80 % des jährlichen Bruttoeinkommens im zuletzt ausgeübten Beruf. Statt des jährlichen Bruttoeinkommens ist bei [→] Selbständigen der Gewinn vor Steuern entscheidend. Im Einzelfall kann die neue Tätigkeit unzumutbar sein, obwohl das Einkommen mehr als 80 % beträgt. Dies gilt auch dann, wenn der Bundesgerichtshof die bisherige Grenze für unzumutbar erklärt. Wir prüfen dann eine konkrete Verweisung nach der höheren Grenze.

Erwerbsminderung

(5) Wenn die folgenden Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind, gilt der [→] Versicherte ebenfalls als berufsunfähig:

- Der Versicherte erhält eine unbefristete Rente von der Deutschen Rentenversicherung. Diese Rente erhält er wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen. Ist dies aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig ableitbar, gilt: Der Versicherte muss uns nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt. Wir legen den Begriff der vollen Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 21.12.2015 zugrunde. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.
- Der Versicherte ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.
- Dieser Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren.

Die für den Vertrag geltenden Einschränkungen, Ausschlüsse sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht gelten auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

Infektionsgefahr

(6) Wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, gilt der [→] Versicherte ebenfalls als berufsunfähig:

- Vom Versicherten geht eine Infektionsgefahr für andere Personen aus.
- Der Versicherte unterliegt wegen dieser Infektionsgefahr einem Tätigkeitsverbot. Dieses ergibt sich aus dem Bundesinfektionsschutzgesetz oder einer anderen Rechtsvorschrift.
- Das Tätigkeitsverbot gilt für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.
- Der Versicherte muss uns das Tätigkeitsverbot nachweisen. Dazu muss er uns das Schreiben der Behörde im Original oder amtlich beglaubigt vorlegen.
- Das Tätigkeitsverbot bezieht sich auf mindestens 50 % der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Versicherten.

Sonderregelung:

Für folgende Berufe genügt es, wenn sich das Tätigkeitsverbot vollständig darauf bezieht, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen:

- Human- oder Zahnmediziner oder
- medizinisch behandelnder bzw. pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Dazu zählen zum Beispiel
- Krankenschwestern und Krankenpfleger,

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger,
- Hebammen und Entbindungspfleger und
- Arzthelferinnen und Arzthelfer.

Für Human- und Zahnmediziner gilt: Anstelle des behördlichen Nachweises können auch wir die Gefahr der Ansteckung beurteilen. Dies muss anhand objektiver Kriterien geschehen und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Im Zweifel holen wir dazu ein Gutachten eines Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin ein. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Ausstieg aus dem Beruf

(7) Wenn der [→] Versicherte vorübergehend oder endgültig nicht mehr erwerbstätig ist, besteht weiterhin Versicherungsschutz.

Es gelten auch in diesem Fall die Regelungen der Absätze 1 und 2. Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach seinem zuletzt vor dem Ausstieg ausgeübten Beruf.

§ 9 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?

(1) Der [→] Versicherte ist auch berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig ist. Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die übrigen Regelungen entsprechend. Wenn für den Vertrag Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart sind, gelten diese auch für die Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Definition Pflegebedürftigkeit

(2) Der [→] Versicherte ist pflegebedürftig, wenn

- Pflegegrad 2 oder höher nach §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 18.07.2017 vorliegt oder
- er täglich bei einer der in Absatz 3 beschriebenen Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person benötigt. Dies muss ein Arzt bescheinigen. Folgende Bedingungen müssen dabei erfüllt sein:

Dauer:

- Der Versicherte ist voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig.
- Der Versicherte ist bereits sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und der Zustand dauert an. Der Versicherte gilt dann als pflegebedürftig von Beginn dieses Zeitraums an und wir leisten rückwirkend.

Ursache:

Der Versicherte ist pflegebedürftig, wenn er gesundheitlich beeinträchtigt ist. Dies kann folgende Ursachen haben:

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers oder
- einen Verfall der Kräfte. Ein Verfall der Kräfte liegt bereits dann vor, wenn dieser dem Alter des Versicherten entspricht.

Außerdem leisten wir in folgenden Fällen:

- Der Versicherte gefährdet sich oder andere, weil er seelisch erkrankt oder geistig behindert ist. Er muss deshalb täglich beaufsichtigt werden.
- Der Versicherte ist dauernd bettlägerig und kann nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen.

Wenn sich der Zustand des Versicherten vorübergehend bessert, berücksichtigen wir dies nicht. Eine Besserung ist dann vorübergehend, wenn sie weniger als drei Monate anhält.

Bitte beachten Sie: Der Versicherte gilt auch dann als berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig ist und der Grad der Berufsunfähigkeit unter dem Mindestgrad liegt.

(3) Tätigkeiten des täglichen Lebens:

- Bewegen im Zimmer
Der [→] Versicherte kann sich nicht ohne fremde Hilfe im Zimmer bewegen. Er benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn er eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.
- Aufstehen und Zubettgehen
Der Versicherte kann nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- Essen und Trinken
Der Versicherte kann nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken. Er kann dies auch nicht, wenn er krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.
- Toilette
Der Versicherte benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil er
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - nicht allein zur Toilette gelangen kann, sondern eine Bettschüssel verwenden muss oder weil

- er den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

Ausnahme: Es liegt keine Pflegebedürftigkeit vor, wenn

- eine Inkontinenz des Darms oder der Blase besteht und
- der Versicherte Windeln oder spezielle Einlagen verwenden kann, um die Inkontinenz auszugleichen.

(4) Der [→] Versicherte ist auch in folgendem Fall pflegebedürftig: Es liegt eine mittelschwere oder schwere [→] Demenz vor. Dies muss ein Arzt (Neurologe) bescheinigen. Folgende Voraussetzung muss dabei erfüllt sein: Es liegt eine Demenz mindestens ab einem Schweregrad 5 ([→] Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) vor.

Unterlagen

(5) Zusätzlich zu den in § 12 genannten Unterlagen benötigen wir Unterlagen über Art und Umfang der Pflege. Diese müssen von der Person oder Einrichtung bescheinigt werden, die mit der Pflege des [→] Versicherten betraut ist.

Ende der Leistungen

(6) Unsere Leistungen enden, wenn

- der [→] Versicherte keinerlei Hilfe bei den in Absatz 3 genannten Tätigkeiten mehr benötigt,
- der Versicherte stirbt oder
- die vereinbarte [→] Leistungsdauer endet.

(7) Wenn der [→] Versicherte nicht mehr pflegebedürftig und auch nicht berufsunfähig nach § 8 ist, leisten wir nicht mehr. Wir teilen Ihnen die Gründe dafür mit. Mehr zum Einstellen von Leistungen finden Sie in § 14 Absatz 3.

§ 10 In welchen Fällen leisten wir nicht?

Wir leisten nicht, wenn der [→] Versicherte aus folgenden Gründen berufsunfähig geworden ist:

- Der Versicherte hat [→] vorsätzlich ein Verbrechen oder Vergehen begangen. Hierzu zählt auch der strafbare Versuch eines Verbrechens oder Vergehens. Ausnahme: Bei [→] fahrlässigen Verstößen und bei allen Delikten im Straßenverkehr leisten wir trotzdem.
- Der Versicherte hat die Krankheit oder den Verfall der Kräfte absichtlich herbeigeführt. Dies gilt auch, wenn er sich absichtlich selbst verletzt hat oder versucht hat sich zu töten. Ausnahme: Wir leisten

trotzdem, wenn die Geistestätigkeit des Versicherten bei seiner Handlung krankhaft gestört war. Dies gilt dann, wenn der Versicherte aufgrund dieser Störung nicht in der Lage war, sich einen freien Willen zu bilden. Dies müssen Sie uns ärztlich nachweisen.

- Sie als [→] Versicherungsnehmer haben widerrechtlich gehandelt und dadurch vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt.
- Der Versicherte ist berufsunfähig geworden durch Strahlen infolge von Kernenergie. Dies gilt nur, wenn die Strahlen das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Strahlen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.
- Der Versicherte ist berufsunfähig geworden durch vorsätzlich eingesetzte atomare, biologische oder chemische Waffen. Dies gilt auch für vorsätzlich eingesetzte oder freigesetzte radioaktive, biologische oder chemische Stoffe. Der Einsatz oder das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten trotzdem, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt. Bei diesem Ereignis dürfen nicht mehr als 1.000 Menschen oder mehr als 1 % unseres [→] Versichertenbestands betroffen sein. Betroffen bedeutet, dass Menschen

- unmittelbar sterben oder
- voraussichtlich mittelbar innerhalb der nächsten sechs Monate sterben oder
- dauerhaft gesundheitlich schwer beeinträchtigt sind.

Wir werden innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis einen unabhängigen Gutachter beauftragen. Dieser prüft zu Ihrer Sicherheit, ob die Voraussetzungen für unsere Leistungen vorliegen.

- Der Versicherte hat bei inneren Unruhen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen.
- Der Versicherte wird bei kriegerischen Ereignissen berufsunfähig.

Wir leisten trotzdem, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

1. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig

- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen,
 - außerhalb Deutschlands und
 - er war an den Ereignissen nicht aktiv beteiligt.
2. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig
- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen,
 - außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten und
 - er hat an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen,
 - die Teilnahme erfolgt als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei und
 - der Einsatz erfolgte mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE.

C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN

§ 11 Wie erhöhen sich die Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven?

(1) Zusätzlich zu den garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an den [→] Überschüssen und [→] Bewertungsreserven. Dies erfolgt so, wie im Gesetz vorgesehen. Den genauen Wortlaut der Gesetze und Verordnungen finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

In diesem Paragraphen erläutern wir Ihnen,

- ob und wie Überschüsse und Bewertungsreserven entstehen,
- wie wir diese ermitteln und
- wie wir Sie an diesen beteiligen.

Wir veröffentlichen die [→] Überschussätze jährlich im Geschäftsbericht. Wenn wir eine Rente zahlen, finden Sie auch die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven im Geschäftsbericht. Wie hoch Ihre [→] Überschussanteile tatsächlich sind, können Sie unseren jährlichen Mitteilungen entnehmen.

Bitte beachten Sie: Ob und in welcher Höhe wir Sie an Überschüssen und Bewertungsreserven beteiligen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese können wir nicht vorhersehen und nur teilweise beeinflussen. Dies liegt unter anderem daran, dass Verträge in der Regel über eine lange Zeit laufen. Wichtig ist, wie sich die Kosten entwickeln sowie die Anzahl der Fälle einer Berufsunfähigkeit. Außerdem wissen wir nicht, wie

sich in Zukunft die Kapitalmärkte entwickeln. **Daher können wir nicht garantieren, ob und in welcher Höhe wir Sie an Überschüssen und Bewertungsreserven beteiligen.**

Entstehen von Überschüssen

(2) [→] Überschüsse können wie folgt entstehen:

- aus dem Risikoergebnis
Überschüsse aus dem Risikoergebnis können zum Beispiel entstehen, wenn weniger [→] Versicherte berufsunfähig werden, als wir angenommen haben. Da wir dann weniger Leistungen zahlen müssen als vorher berechnet, entstehen Überschüsse. An diesen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit derzeit zu mindestens 90 %.
- aus dem übrigen Ergebnis
Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können zum Beispiel entstehen,
 - wenn die Kosten niedriger sind, als wir vorher angenommen haben oder
 - wenn wir Erträge aus der Rückversicherung oder aus dem Stornoergebnis erzielen.

Am übrigen Ergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit derzeit zu mindestens 50 %.

- aus Kapitalerträgen
Wir legen das Guthaben aller [→] Versicherungsnehmer in unserem [→] klassischen Vermögen an. Dabei entstehen Kapitalerträge. Dies sind zum Beispiel Zinsen, Mieterträge oder Dividenden. Von diesen Erträgen ziehen wir die Aufwendungen ab, die wir hierfür geleistet haben. An den verbleibenden Erträgen beteiligen wir die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit derzeit zu mindestens 90 %. Daraus finanzieren wir zunächst den Betrag, den wir für unsere zugesagten Zinsen zurückstellen. Dies erfolgt in den gesetzlich vorgeschriebenen [→] Rückstellungen für die garantierten Leistungen. Die erforderliche Höhe des zurückzustellenden Betrags ermitteln wir nach den Vorschriften der Deckungsrückstellungsverordnung. Den genauen Wortlaut dieser Verordnung finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte. Die verbleibenden Erträge verwenden wir, um unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an den Überschüssen zu beteiligen.

Bitte beachten Sie: Reichen die gesamten Nettoerträge nicht für die erforderliche Rückstellung aus, gilt Folgendes: Wir vermindern die Beteiligung am

Risikoergebnis und am übrigen Ergebnis um diesen Fehlbetrag. Im schlechtesten Fall sinken diese Beteiligungen auf Null.

Die genannten Prozentsätze gelten für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit. Sie selbst haben keinen Anspruch darauf, dass wir Sie in einer bestimmten Höhe an den Überschüssen beteiligen.

Diese Regelungen sind durch die Mindestzuführungsverordnung vorgeschrieben. Sie können durch eine neue Verordnung geändert oder neu festgelegt werden. Den genauen Wortlaut der Mindestzuführungsverordnung finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Beteiligung an den Überschüssen

(3) Die auf die [→] Versicherungsnehmer entfallenden [→] Überschüsse können wir auf zwei Arten zuweisen: Einen Teil der Überschüsse können wir Verträgen im selben Jahr zuteilen. Den anderen Teil führen wir der sogenannten [→] Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Wir bilden und verwenden die Rückstellung für Beitragsrückerstattung so wie im Gesetz vorgesehen. Hier sind auch die Ausnahmefälle genannt, in denen die Aufsichtsbehörde zustimmen muss (siehe § 140 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Die verschiedenen Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen unterscheiden sich nach der verschiedenen Art des [→] Risikos, das jeweils versichert ist. Diese Arten von Risiken können zum Beispiel sein: das Risiko der Langlebigkeit oder das Risiko der Berufsunfähigkeit. Wir verteilen den Überschuss auf die einzelnen Bestandsgruppen. Die Verteilung richtet sich danach, in welchem Umfang die Bestandsgruppen zur Entstehung des Überschusses beigetragen haben.

Wie hoch die [→] Überschussanteile sind, schlägt der [→] Verantwortliche Aktuar jedes Jahr dem Vorstand vor. Der Vorstand legt dann die Anteile fest. Wir veröffentlichen in unserem Geschäftsbericht, wie die Überschussbeteiligung geregelt ist und wie hoch die [→] Überschussätze sind. Den Geschäftsbericht finden Sie im Internet unter www.alte-leipziger.de.

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(4) Solange wir keine Leistungen erbringen, erhalten Sie jährlich einen [→] Überschussanteil. Diesen An-

teil berechnen wir in Prozent des Beitrags. Wenn Sie [→] Zuschläge zahlen, erhalten Sie hierfür keine Überschussanteile.

Sie können bei Abschluss des Vertrags wählen, wie wir die jährlichen Überschussanteile verwenden sollen:

- **Bonusrente:**
Wir erhöhen mit den Überschussanteilen den Versicherungsschutz. Wird der [→] Versicherte berufsunfähig, zahlen wir eine gleich bleibende zusätzliche Leistung. Diese Leistung bleibt für die Dauer der Berufsunfähigkeit in ihrer Höhe unverändert. Wenn Sie eine garantierte Steigerung der Rente vereinbart haben, gilt diese auch für die Bonusrente.
Bitte beachten Sie: Wenn sich die [→] Überschussätze ändern, wirkt sich dies auf die Höhe der Bonusrente aus. Wenn wir die Bonusrente herabsetzen müssen, bieten wir Ihnen folgende Garantie: Sie können den Versicherungsschutz in dem Umfang erhöhen, wie wir die Bonusrente herabgesetzt haben. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch. Ab der Erhöhung des Versicherungsschutzes müssen Sie einen höheren Beitrag zahlen.
- **Verzinslich anlegen (nur bei Tarif BV10):**
Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile an. Dieses Guthaben verzinsen wir mit dem [→] Rechnungszins von 0,9 % pro Jahr. Der Zinssatz erhöht sich durch den jährlichen Überschussanteil für verzinsliche Anlagen. Daraus ergibt sich der Gesamtzins. Mit diesem Gesamtzins verzinsen wir das Guthaben jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte berufsunfähig werden sollte, verzinsen wir das Guthaben weiter mit dem Gesamtzins. Wir zahlen das Guthaben aus, wenn der [→] Versicherte stirbt oder der Vertrag endet. Wir erhöhen dann das verzinslich angelegte Guthaben um die Beteiligung an den [→] Bewertungsreserven.
- **In einem Fonds anlegen:**
Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile in einem Fonds an. Genauere Informationen finden Sie in den Zusatzbedingungen.

Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(5) Wir erhöhen mit den Überschussanteilen jährlich die Rente. Wir nennen dies Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs berechnen wir mit den in § 7 Absatz 2 genannten [→] Rechnungsgrundlagen. Wenn Sie eine garantierte Steigerung der Rente gewählt haben, gilt

diese auch für den Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs zahlen wir erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, nach dem der [→] Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn die Rente angestiegen ist, kann sie nicht mehr sinken. Damit garantieren wir den erreichten Rentenzuwachs für die gesamte Rentendauer. Wenn der Versicherte erneut berufsunfähig wird, zahlen wir wieder den zuletzt erreichten vollen Rentenzuwachs.

Bewertungsreserven

(6) Wir beteiligen Sie nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den [→] Bewertungsreserven. Wir ermitteln jeden Monat neu, welche Bewertungsreserven wir nach den gesetzlichen Vorschriften verteilen können. Die ermittelten Bewertungsreserven ordnen wir den einzelnen Verträgen zu. Dabei berücksichtigen wir, wie die Verträge zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen haben. Wir ermitteln und verteilen die Bewertungsreserven so, wie im Gesetz vorgesehen (siehe § 153 Versicherungsvertragsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:

Die laufenden Beiträge zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung tragen nicht zur Bildung von Kapital bei. Sie dienen zur Deckung des Risikos und der Kosten. Deshalb erfolgt kein systematischer Aufbau von Bewertungsreserven.

Nur wenn Sie die Überschüsse verzinslich anlegen (siehe Absatz 5), können Bewertungsreserven für das verzinslich angelegte Guthaben entstehen. Wenn der Versicherte stirbt oder der Vertrag endet, zahlen wir die Beteiligung an den Bewertungsreserven aus.

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit:

Wenn der [→] Versicherte berufsunfähig ist, erhöhen wir mit der Beteiligung an den Bewertungsreserven die Berufsunfähigkeitsrente. Dies geschieht, indem wir die jährlichen [→] Überschussanteile erhöhen. Die Höhe der zusätzlichen Überschussanteile ermitteln wir jährlich neu.

D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN

§ 12 Was müssen Sie beachten, wenn wir eine Leistung aus diesem Vertrag zahlen sollen?

Frist

(1) Sie können Leistungen telefonisch oder in [→] Textform beantragen. Dafür müssen Sie keine Frist beachten. Wenn Sie uns später informieren, dass der [→] Versicherte berufsunfähig ist, gilt: Wir leisten

rückwirkend zum Anfang des Monats, nach dem der Versicherte berufsunfähig geworden ist.

Bitte beachten Sie: Je später Sie uns informieren, desto höher ist das Risiko, dass der Versicherte die erforderlichen Unterlagen für die Leistungsprüfung nicht mehr beschaffen kann.

Unterlagen

(2) Wenn wir Leistungen zahlen sollen, muss uns der [→] Versicherte folgende Unterlagen vorlegen:

- Eine Darstellung der Ursachen, die zur Berufsunfähigkeit des [→] Versicherten geführt haben.
- Berichte der Ärzte, die den Versicherten zurzeit behandeln oder bisher behandelt oder untersucht haben. Wenn sich der Versicherte im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes. Die Berichte müssen nicht in deutscher Sprache geschrieben sein. Sie müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Ursache des Leidens,
 - Beginn des Leidens,
 - Art des Leidens,
 - Verlauf des Leidens,
 - voraussichtliche Dauer des Leidens und
 - Auswirkungen des Leidens auf den zuletzt ausgeübten Beruf.

In den Berichten ist der gleiche Zeitraum zu berücksichtigen, der für die Fragen zum Gesundheitszustand im Antrag angegeben ist.

- Unterlagen über den Beruf des Versicherten mit Angaben zur Stellung und Tätigkeit. Wir benötigen diese Angaben für den Zeitpunkt, an dem der Versicherte berufsunfähig geworden ist. Zusätzlich muss uns mitgeteilt werden, was sich seitdem verändert hat.

Die Kosten für die Unterlagen trägt derjenige, der die Leistung beansprucht.

(3) Wenn nötig, können wir weitere Untersuchungen verlangen, um die gesundheitlichen Einschränkungen zu beurteilen. Die Ärzte beauftragen wir. Außerdem können wir weitere notwendige Nachweise über gesundheitliche und wirtschaftliche Verhältnisse anfordern und darüber, wie diese sich verändert haben. Zu diesen Nachweisen gehören

- Lohn- und Gehaltsabrechnungen,
- Steuerbescheide,
- Gewinn- und Verlustrechnungen,

- Bilanzen und
- bei Bedarf zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die Kosten dafür übernehmen wir. Wir können verlangen, dass der [→] Versicherte sich in Deutschland untersuchen lässt, wenn eine Untersuchung erforderlich ist. Wenn der Versicherte aus dem Ausland anreisen muss, übernehmen wir die üblichen Kosten für Reise und Unterbringung. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls.

Ärztliche Empfehlungen

(4) Wir verlangen nicht, dass der [→] Versicherte ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss der Versicherte folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
 - gefahrlos sind,
 - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten dadurch verbessert.

(5) Wenn wir Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auszahlen sollen, gilt: Der Empfänger trägt das Risiko, dass die Leistungen nicht ankommen.

§ 13 Wann teilen wir mit, ob wir leisten?

Wenn der [→] Versicherte die Unterlagen einreicht, teilen wir innerhalb von zehn Arbeitstagen mit, ob und in welcher Höhe wir leisten. Wenn wir noch nicht beurteilen können, ob wir leisten, teilen wir mit

- welche weiteren Unterlagen noch eingereicht werden müssen oder
- welche weiteren Schritte wir einleiten, zum Beispiel ein neutrales Gutachten anfordern.

Wenn wir die Frist von zehn Arbeitstagen überschreiten und Ihnen oder dem Versicherten dadurch ein Schaden entsteht, ersetzen wir diesen. Der Schaden muss uns nachgewiesen werden.

Solange wir prüfen, informieren wir regelmäßig über den aktuellen Stand. Dies geschieht mindestens alle sechs Wochen.

Wenn wir Leistungen zusagen, gilt dies immer zeitlich unbegrenzt. Wir leisten, solange der Versicherte berufsunfähig ist oder bis die Leistungen nach § 7 Absatz 3 enden.

§ 14 Was müssen Sie beachten, während wir leisten?

Weitere Prüfungen

(1) Während wir leisten, dürfen wir regelmäßig prüfen, ob der [→] Versicherte weiter berufsunfähig ist. Dabei prüfen wir, ob

- sich die Gesundheit des Versicherten verändert hat und
- der Versicherte tatsächlich eine zumutbare Tätigkeit ausübt. Mehr dazu finden Sie in § 8. Dabei bewerten wir auch Kenntnisse und Fähigkeiten, die der Versicherte nach Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworben hat. Dies gilt zum Beispiel nach einer Umschulung.

Vorübergehende Besserungen über einen Zeitraum von weniger als drei Monaten berücksichtigen wir nicht.

(2) Um zu prüfen, ob der [→] Versicherte noch lebt und weiter berufsunfähig ist, dürfen wir jederzeit [→] sachdienliche Auskünfte verlangen. Wir dürfen auch verlangen, dass der Versicherte sich einmal jährlich umfassend ärztlich untersuchen lässt. Die Ärzte beauftragen wir. Wir übernehmen auch die Kosten für die Auskünfte und Untersuchungen. **Bitte beachten Sie:** Die Mitwirkungspflichten in § 12 gelten erneut.

Einstellen unserer Leistungen

(3) Wenn der [→] Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, leisten wir nicht mehr. Wir teilen die Gründe dafür mit. Ab dem Ende des dritten Monats, nachdem Sie unser Schreiben erhalten haben, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Rente endet frühestens zur nächsten Fälligkeit.

Bitte beachten Sie: Sie müssen wieder Beiträge zahlen, sobald wir nicht mehr leisten.

Starthilfe

(4) Wir helfen dem [→] Versicherten bei einem beruflichen Neustart, wenn wir unsere Leistungen aus folgendem Grund einstellen: Der Versicherte hat neue berufliche Fähigkeiten erworben und übt tatsächlich eine zumutbare Tätigkeit nach § 8 Absatz 2 aus. Als Starthilfe zahlen wir die Rente für weitere sechs Monate. Das bedeutet, die Rente endet in diesem Fall sechs Monate nach dem bisher ermittelten Termin

(siehe Absatz 3). Eine Starthilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende [→] Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Entscheidend dafür ist der Zeitpunkt, an dem der Anspruch entsteht.

Wenn der Versicherte innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischem Grund erneut berufsunfähig wird, gilt: Wir verrechnen die Starthilfe mit den Renten. Die Starthilfe kann der Versicherte mehrmals erhalten, solange Versicherungsschutz besteht.

§ 15 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

Wenn Sie oder der [→] Versicherte eine Pflicht aus § 12 oder § 14 [→] vorsätzlich verletzen, müssen wir nicht leisten.

Wenn Sie oder der Versicherte [→] grob fahrlässig gegen eine der genannten Pflichten verstoßen, dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Höhe unserer Leistungen richtet sich danach, wie stark gegen eine der genannten Pflichten verstoßen wurde. Je stärker der Verstoß, desto stärker kürzen wir die Leistungen.

In folgenden Fällen kürzen wir die Leistungen dennoch nicht:

- Sie weisen uns nach, dass Sie oder der Versicherte die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.
- Die Verletzung der Pflicht beeinflusst nicht unsere Entscheidung, ob und in welcher Höhe wir leisten.

Wenn Sie Ihre Pflicht später erfüllen, leisten wir ab Beginn des Monats, in dem Sie die Pflicht erfüllt haben.

Wenn wir nicht leisten oder unsere Leistungen kürzen, gilt Folgendes: Wir müssen Sie vorher in [→] Textform gesondert über die Folgen der Verletzung der Pflichten informiert haben.

§ 16 Wer erhält die Leistungen?

Die Leistungen aus diesem Vertrag zahlen wir an den [→] Begünstigten.

E. BEITRÄGE UND KOSTEN

§ 17 Wie müssen Sie die Beiträge zahlen?

(1) Bei dem Tarif BV10 zahlen Sie gleich hohe Beiträge über die vereinbarte Dauer der Beitragszahlung. Bei dem Tarif BV11 berechnen wir die Beiträge jährlich mit dem jeweils aktuellen Alter des [→] Versicherten neu. Dadurch ergeben sich jährlich unterschiedliche Beiträge.

(2) Sie müssen die Beiträge laufend zahlen. Die Beiträge können Sie in folgenden Abständen (Zahlungsweise) zahlen:

- monatlich,
- vierteljährlich,
- halbjährlich oder
- jährlich.

(3) Sie müssen den ersten Beitrag wie folgt zahlen:

- sofort nachdem wir den Vertrag mit Ihnen geschlossen haben,
- aber nicht vor dem Beginn des Vertrags. Das Datum für den Beginn des Vertrags finden Sie im [→] Versicherungsschein.

Alle folgenden Beiträge müssen Sie jeweils zum Beginn der gewählten Zahlungsweise zahlen.

(4) Wir buchen die Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Der Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir den fälligen Beitrag einziehen konnten,
- wir berechtigt sind, den Beitrag einzuziehen und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir den Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie nicht dafür verantwortlich sind, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie aufgefordert haben zu zahlen und
- Sie den Beitrag [→] unverzüglich an uns überweisen.

§ 18 Was geschieht, wenn wir einen Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten?

(1) Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig von Ihrem Konto einziehen konnten, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der [→] Risikoprüfung entstanden sind. Wenn Sie für die verspätete Zahlung nicht verantwortlich sind, können wir nicht zurücktreten. Sie müssen uns aber nachweisen, dass Sie nicht verantwortlich sind.

Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten und ein [→] Versicherungsfall eintritt, erbringen wir keine Leistungen. Über diese Folge müssen wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in [→] Textform informieren.

Wir müssen trotzdem leisten, wenn

- wir Sie nicht gesondert informiert haben oder
- Sie nicht verantwortlich sind, dass wir den Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten. Sie müssen uns aber nachweisen, dass Sie nicht verantwortlich sind.

(2) Wenn wir einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig von Ihrem Konto einziehen konnten, schicken wir Ihnen eine Mahnung. Dies gilt auch für sonstige Beiträge, die Sie uns schulden. Wenn Sie den angemahnten Betrag nicht in den gesetzten Fristen zahlen, setzen wir die Leistungen herab wie bei einem Beitragsstopp. Mehr dazu finden Sie in § 22.

Die Kosten für die Mahnung müssen Sie tragen. In unserer Mahnung werden wir Sie auf die Rechtsfolgen nach § 38 Versicherungsvertragsgesetz hinweisen. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Wir informieren den Versicherten über die Mahnung.

§ 19 Welche Kosten sind in den Beiträgen enthalten?

(1) Beim Abschluss des Vertrags und während der Vertrag läuft, entstehen Kosten. Die Kosten unterteilen wir in

- Abschluss- und Vertriebskosten und
- übrige Kosten.

Diese Kosten sind bereits im Beitrag enthalten.

(2) Die Abschluss- und Vertriebskosten benötigen wir vor allem, um den Vermittler des Vertrags zu vergüten und den Vertrag einzurichten. Wie hoch die Abschluss- und Vertriebskosten genau in Euro sind, finden Sie in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“.

Bei dem Tarif BV10 berechnen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf Basis der Summe der vereinbarten Beiträge. Diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 %. Sie fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an und werden mit den ersten Beiträgen verrechnet. Das bedeutet: In der Anfangsphase zahlen Sie die Beiträge vor allem

- um die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auszugleichen,
- für das versicherte [→] Risiko und
- für die übrigen Kosten.

Daher steht in der Anfangsphase nur ein geringer Teil des Beitrags zur Verfügung, um [→] Deckungskapital

zu bilden. Dieses Verfahren ist in § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung geregelt. Den genauen Wortlaut der Verordnung finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Bei dem Tarif BV11 ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort ab.

(3) Die übrigen Kosten benötigen wir zum Beispiel

- um den Vertrag zu betreuen, solange der Vertrag läuft und
- um den Vertrag zu verwalten.

In dem Zeitraum, in dem Sie Beiträge zahlen, ziehen wir die übrigen Kosten von jedem Beitrag ab. Wenn Sie keine Beiträge zahlen, ziehen wir die übrigen Kosten vom [→] Deckungskapital ab. Ab Rentenbeginn berechnen wir Verwaltungskosten in Prozent der gezahlten Renten.

Den genauen Betrag der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten finden Sie in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“.

§ 20 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?

(1) In folgenden Fällen berechnen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten:

- Sie zahlen den Beitrag nicht rechtzeitig und wir setzen Ihnen deshalb eine Frist oder senden Ihnen eine Mahnung.
- Ihre Bank gibt eine Lastschrift zurück.
- Sie vereinbaren mit uns, die Beiträge befristet auszusetzen (Stundung).
- Sie beantragen, dass wir nicht gezahlte Beiträge vom Guthaben abziehen.
- Sie beantragen, einen gestundeten Betrag in gleichmäßigen Raten auszugleichen.

Die genauen Beträge der zusätzlichen Kosten finden Sie in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“.

(2) Die Höhe der zusätzlichen Kosten kann sich während der Vertragsdauer ändern. Sie richtet sich nach den Kosten, die bei uns durchschnittlich entstehen. Die aktuelle Höhe der zusätzlichen Kosten teilen wir Ihnen jederzeit gerne mit. Sie können uns nachweisen, dass in Ihrem Fall keine zusätzlichen Kosten entstanden sind. Dann entfallen diese. Sie können uns auch nachweisen, dass die zusätzlichen Kosten in Ihrem Fall niedriger sein müssen. Dann setzen wir diese herab.

F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN

§ 21 Wie können Sie die Beiträge befristet aussetzen?

Stundung

(1) Wenn Sie vorübergehend die Beiträge nicht zahlen können, können Sie die Beiträge befristet aussetzen und später zahlen (Stundung).

Sie können mit uns vereinbaren, die Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen. Die vereinbarten Leistungen ändern sich durch die Stundung nicht.

Die Stundung beginnt frühestens, wenn der nächste Beitrag fällig ist. Wir berechnen für eine Stundung keine Zinsen.

(2) Wenn der vereinbarte Zeitraum für die Stundung endet, informieren wir Sie über die Höhe des Stundungskontos. Sie können den offenen Betrag wie folgt ausgleichen:

- Vollständig in einem Betrag oder
- in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten. Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Eine Rate muss mindestens 25 EUR betragen.

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den [→] steuerlichen Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht übersteigen.

Eine neue Stundung ist erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig ausgeglichen haben.

Schutz bei Wegfall der Entgeltfortzahlung

(3) Sie können die Beiträge bis zu sechs Monate nach Wegfall der [→] Entgeltfortzahlung befristet aussetzen, wenn

- der [→] Versicherte die Beiträge ganz oder überwiegend durch [→] Entgeltumwandlung finanziert und
- der Versicherte in Folge längerer Krankheit arbeitsunfähig ist.

Die vereinbarten Leistungen ändern sich nicht.

Bitte beachten Sie: Sie können die Beiträge nur einmal pro Erkrankung befristet aussetzen.

(4) Sie müssen spätestens nach Ablauf von sechs Monaten wieder Beiträge zahlen.

Bitte beachten Sie: Sie müssen uns [→] unverzüglich darüber informieren, wenn der [→] Versicherte wieder einer Tätigkeit nachgeht.

§ 22 Wie können Sie die Beiträge stoppen?

(1) Wenn Sie die Beiträge nicht zahlen können, können Sie die Beiträge stoppen (Beitragsfreistellung). Sie können die Beiträge auch teilweise stoppen. Sie müssen uns in [→] Textform mitteilen, wann der Beitrags-Stopp beginnen soll. Er kann frühestens beginnen, wenn der nächste Beitrag fällig ist.

(2) Wenn Sie die Beiträge stoppen, berechnen wir die garantierten Leistungen neu. Grundlage ist das [→] Deckungskapital zum Zeitpunkt, zu dem Sie die Beiträge stoppen. Von dem Deckungskapital ziehen wir eine [→] Stornogebühr ab.

Bitte beachten Sie: Ein Beitrags-Stopp kann für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren des Vertrags steht nur ein geringer Teil des Beitrags zur Verfügung, um Deckungskapital zu bilden (siehe § 19). **Deshalb ist zunächst nur ein geringes oder gar kein Deckungskapital vorhanden. Das führt dazu, dass wir keine neue garantierte Rente berechnen können. Auch in den folgenden Jahren ist das Deckungskapital niedriger als die eingezahlten Beiträge.** Wie hoch die garantierten Leistungen nach einem Beitrags-Stopp sind, finden Sie im [→] Versicherungsschein.

(3) Sie können beantragen, dass wir nach einem Beitrags-Stopp den ursprünglichen Schutz bei Berufsunfähigkeit wiederherstellen. Wir verzichten darauf, das [→] Risiko erneut zu prüfen. Dabei müssen Sie Folgendes beachten:

- Sie beantragen dies innerhalb von sechs Monaten, nachdem Sie die Beiträge gestoppt haben.
- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.

Wir berechnen die garantierten Leistungen dann neu. Hierfür verwenden wir die Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten.

Befristeter Beitrags-Stopp

(4) In besonderen Fällen können Sie die Beiträge für einen bestimmten Zeitraum stoppen. Dies ist nur möglich, wenn der [→] Versicherte die Beiträge ganz oder überwiegend durch [→] Entgeltumwandlung finanziert. Sie müssen uns in [→] Textform mitteilen, wann der befristete Beitrags-Stopp beginnen soll. Er kann frühestens beginnen, wenn der nächste Beitrag fällig ist. Wir berechnen die garantierten Leistungen dann neu (siehe Absatz 2).

In folgenden Fällen können die Beiträge befristet gestoppt werden:

- Der Versicherte befindet sich in der gesetzlichen Elternzeit.
Der Beitrags-Stopp endet mit Wiederaufnahme der Tätigkeit.
- Ausfall von Sonderzahlungen, sofern die Entgeltumwandlung aus einer Sonderzahlung finanziert wird.
Der Beitrags-Stopp endet spätestens nach zwölf Monaten.
- Der Versicherte bezieht Kurzarbeitergeld.
Der Beitrags-Stopp endet spätestens nach 24 Monaten.
- Der Versicherte ist arbeitslos geworden.
Der bisherige Arbeitgeber überlässt dem Versicherten die Rechtsstellung als [→] Versicherungsnehmer. Der Versicherte als neuer Versicherungsnehmer beantragt zum Zeitpunkt des Ausscheidens den befristeten Beitrags-Stopp. Der Beitrags-Stopp endet spätestens nach zwölf Monaten.

Bitte beachten Sie: Ein befristeter Beitrags-Stopp endet nur auf Ihren Antrag in Textform. Andernfalls bleibt der Beitrags-Stopp unbefristet bestehen. Der Antrag auf ein Ende des Beitrags-Stopps muss uns spätestens innerhalb eines Monats nach Ende des jeweils genannten Zeitraums vorliegen. Im Rahmen der gesetzlichen Elternzeit muss uns der Antrag spätestens drei Monate nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit vorliegen. Wenn der Vertrag wieder in Kraft gesetzt werden soll, prüfen wir das [→] Risiko nicht erneut. Der Versicherte darf zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig sein. Wir berechnen die garantierten Leistungen neu. Hierfür verwenden wir die [→] Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten.

G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

§ 23 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Abschluss des Vertrags?

Wir bieten Ihnen zahlreiche Möglichkeiten, den Vertrag den privaten und beruflichen Veränderungen des [→] Versicherten anzupassen.

Bitte beachten Sie: Die Absätze 1 bis 4 gelten in folgenden Fällen nicht: Der Abschluss des ursprünglichen Vertrags erfolgt ohne [→] Risikoprüfung oder mit einer [→] vereinfachten Risikoprüfung.

Wenn Sie eine der Gestaltungsmöglichkeiten ausüben und dafür einen neuen Vertrag abschließen, gelten

- die dann gültigen Tarife, Bedingungen und Steuerregelungen sowie
- unsere Richtlinien der zulässigen Grenzen (zum Beispiel zur Rentenhöhe und zum Endalter für bestimmte Berufe und Studiengänge).

Die Höhe des Beitrags richtet sich danach, wie wir das [→] Risiko beim letzten Vertrag eingestuft haben. Wenn wir dort [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen vereinbart haben, gelten diese auch für den neuen Vertrag. Sie können eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder eine Rentenversicherung mit [→] BUZ abschließen.

Für den neuen Vertrag gelten die gleichen gewählten Leistungen wie im ursprünglichen Vertrag. Zusätzlich können Sie mit uns eine [→] Dynamik vereinbaren. Sie können außerdem ein höheres Endalter für den Versicherungsschutz festlegen.

Wenn Sie bei Abschluss des neuen Vertrags einer [→] vereinfachten Risikoprüfung zustimmen, gilt: Sie können in den neuen Vertrag auch eine garantierte Steigerung der Rente aufnehmen.

Für den neuen Vertrag bestehen keine weiteren Gestaltungsmöglichkeiten nach den Absätzen 1 bis 4.

Ausbaugarantie

(1) Mit der Ausbaugarantie können Sie die Berufsunfähigkeitsrente im bestehenden Vertrag erweitern oder einen neuen Vertrag abschließen. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch. Die in § 3 genannten Folgen bei Verletzung der Anzeigepflichten gelten auch für den neu beantragten Versicherungsschutz.

Sie können die Rente nur dann im bestehenden Vertrag erweitern, wenn Sie noch Beiträge zahlen. Wir berechnen den zusätzlichen Beitrag mit den [→] Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten. Wir können hierfür auch die Rechnungsgrundlagen berücksichtigen, die zum Zeitpunkt der Erweiterung für die dann gültigen Tarife gelten.

Für die Ausbaugarantie gelten folgende Voraussetzungen:

- Sie müssen die Ausbaugarantie innerhalb von fünf Jahren nach Beginn des ursprünglichen Vertrags ausüben. Darüber hinaus gilt für einen [→] Versicherten, der bei Beginn des Vertrags jünger als 15 Jahre ist: Sie können die Ausbaugarantie ausüben, solange er nicht älter als 20 Jahre ist.
- Der Versicherte ist nicht älter als 40 Jahre, wenn er die Ausbaugarantie ausübt.

- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.

- Wenn der Versicherte während der Dauer des Vertrags berufsunfähig war, können wir die Ausbaugarantie einschränken oder ausschließen.

- Sie erhöhen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente um mindestens 3.000 EUR, jedoch insgesamt höchstens um 6.000 EUR.

- Sie können die jährliche Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer des Vertrags insgesamt höchstens um 12.000 EUR erhöhen. Dies gilt inklusive der Erhöhungen aus der Garantie zur Nachversicherung.

- Die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus allen bei uns bestehenden Verträgen beträgt höchstens 30.000 EUR. Dazu zählen auch die neu versicherte Berufsunfähigkeitsrente und bisherige Erhöhungen aus der [→] Dynamik.

- Wenn Sie eine Rentenversicherung mit BUZ wählen, gilt: Die gesamte Beitragsbefreiung aller bei uns bestehenden Verträge mit BUZ darf höchstens 6.000 EUR im Jahr betragen. Dazu zählen auch die neu versicherte Beitragsbefreiung und bisherige Erhöhungen aus der Dynamik.

- Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichern, muss diese in einem angemessenen Verhältnis zum Arbeitseinkommen des Versicherten stehen. Das bedeutet: Die gesamte jährliche Rente darf höchstens 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens betragen. Bei Selbständigen darf die gesamte jährliche Rente höchstens folgende Höhe haben: 70 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre. Zur gesamten jährlichen Rente gehören auch die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeitsrente und andere Absicherungen für den Fall einer Berufsunfähigkeit.

Bitte beachten Sie: Durch eine Ausbaugarantie darf der [→] steuerliche Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht überschritten werden.

Garantie zur Nachversicherung

(2) Mit der Garantie zur Nachversicherung können Sie Ihren Berufsunfähigkeitsschutz erweitern, indem Sie einen neuen Vertrag abschließen. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch. Die in § 3 genannten Folgen bei Verletzung der Anzeigepflichten gelten auch für den neu beantragten Versicherungsschutz.

Sie können eine Nachversicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse beantragen: Der [→] Versicherte

- heiratet,
- bekommt oder adoptiert ein Kind,
- lässt sich scheiden oder lässt eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufheben,
- schließt eine akademische Weiterqualifikation ab (zum Beispiel Facharztausbildung, Bachelor, Staatsexamen); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht,
- schließt eine Meisterprüfung erfolgreich ab,
- macht sich hauptberuflich selbständig,
- wird als selbständiger Handwerker von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit,
- ist nicht mehr Pflichtmitglied in einem Versorgungswerk,
- verliert seine Ansprüche aus der betrieblichen Altersversorgung ganz oder teilweise,
- kauft eine Immobilie, die mindestens 50.000 EUR kostet. Es genügt auch, wenn er ein Darlehen für einen Aus- oder Umbau seiner Immobilie in derselben Höhe aufgenommen hat,
- überschreitet mit seinem jährlichen Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- erhält nachhaltig ein höheres Einkommen. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn
 - der Versicherte nicht selbständig ist,
 - sein Bruttojahreseinkommen im Vergleich zum Vorjahreseinkommen steigt und
 - diese Steigerung mindestens 10 % beträgt.
- erwirtschaftet nachhaltig einen höheren Gewinn. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn
 - der Versicherte selbständig ist,
 - sein durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre gestiegen ist und
 - diese Steigerung mindestens 30 % beträgt. Hierfür vergleichen wir die letzten drei Jahre mit den drei davor liegenden Jahren.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie die Nachversicherung erst nach Ablauf der zwölf Monate beantragen, prüfen wir das [→] Risiko erneut.

Für die Garantie zur Nachversicherung gelten folgende Voraussetzungen:

- Der Versicherte ist nicht älter als 50 Jahre, wenn der neue Vertrag beginnt.
- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.
- Wenn der Versicherte während der Dauer des Vertrags berufsunfähig war, können wir die Garantie zur Nachversicherung einschränken oder ausschließen.
- Sie erhöhen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente je Ereignis um mindestens 3.000 EUR und höchstens um 6.000 EUR.
Ausnahme: Bei den letzten drei Ereignissen (Bruttoeinkommen übersteigt BBG, nachhaltig höheres Einkommen oder nachhaltig höherer Gewinn) gilt: Sie können die jährliche Rente in einem Schritt um bis zu 12.000 EUR erhöhen.
- Sie können die jährliche Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer des Vertrags insgesamt höchstens um 12.000 EUR erhöhen. Dies gilt inklusive der Erhöhungen aus der Ausbaugarantie.
- Wenn Sie eine Rentenversicherung mit BUZ wählen, gilt: Die gesamte Beitragsbefreiung aller bei uns bestehenden Verträge mit BUZ darf höchstens 6.000 EUR im Jahr betragen. Dazu zählt auch die neu versicherte Beitragsbefreiung. Erhöhungen aus der Dynamik zählen nicht dazu.
- Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichern, muss diese in einem angemessenen Verhältnis zum Arbeitseinkommen des Versicherten stehen. Das bedeutet: Die gesamte jährliche Rente darf höchstens 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens betragen. Bei [→] Selbständigen darf die gesamte jährliche Rente höchstens folgende Höhe haben: 70 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre. Zur gesamten jährlichen Rente gehören auch die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeitsrente und andere Absicherungen für den Fall einer Berufsunfähigkeit.

Bitte beachten Sie: Durch eine Nachversicherung darf der [→] steuerliche Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht überschritten werden.

Sonderregelung für die Nachversicherung von Berufseinsteigern

(3) Berufseinsteiger, die eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen haben, können ihre Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich erweitern. Dies ist ohne neue [→] Risikoprüfung höchstens um

das Doppelte der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsrente möglich. Die gesamte jährliche Rente darf nach der Erhöhung höchstens 30.000 EUR betragen. Hierfür müssen Sie einen neuen Vertrag abschließen.

Sie können die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten beantragen, wenn der [→] Versicherte

- einen Arbeitsvertrag erhalten hat,
- eine berufliche Tätigkeit ausübt, die seiner Ausbildung entspricht und
- ein Gehalt in entsprechender Höhe bezieht. Dies muss er uns nachweisen.

Bitte beachten Sie: Durch eine Erweiterung darf der [→] steuerliche Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht überschritten werden.

Verlängerung des Versicherungsschutzes

(4) Wenn die Regelaltersgrenze in

- der Deutschen Rentenversicherung oder
- den berufsständischen Versorgungswerken

erhöht wird, können Sie den Vertrag verlängern. Dies gilt auch, wenn die Grenze während der Dauer des Vertrags mehrmals angehoben wird. Sie können die Dauer des Versicherungsschutzes längstens um die Zeitspanne verlängern, um die sich die Regelaltersgrenze für den Versicherten erhöht. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch. Das neue Endalter können Sie innerhalb der möglichen Zeitspanne frei wählen.

Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich entsprechend auch die vereinbarte [→] Leistungsdauer. Sie können auch die Versicherungsdauer unverändert lassen und nur die Leistungsdauer um volle Jahre verlängern. Die Leistungen für den Fall einer Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung berechnen wir den Beitrag bezogen auf die neuen Dauern neu. Wir können hierfür auch die Rechnungsgrundlagen verwenden, die zum Zeitpunkt der Verlängerung für die dann gültigen Tarife gelten.

Bitte beachten Sie: Durch eine Verlängerung darf der [→] steuerliche Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht überschritten werden.

Wenn Sie den Vertrag verlängern wollen, gelten folgende Voraussetzungen:

- Sie beantragen die Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten nach dem die gesetzliche Änderung in Kraft getreten ist,

- der [→] Versicherte ist zum Zeitpunkt der Verlängerung nicht älter als 50 Jahre,
- der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben und
- Sie zahlen für den Vertrag noch Beiträge.

Bitte beachten Sie: Wenn der Versicherte während der Dauer des Vertrags berufsunfähig war, können wir die Verlängerung einschränken oder ausschließen.

Garantierte Steigerung der Rente

(5) Wenn Sie vereinbart haben, dass die Berufsunfähigkeitsrente garantiert steigt, können Sie die Höhe dieser Steigerung verringern. Sie können die Steigerung auch ganz ausschließen. Das gilt nur in dem Zeitraum, in dem Sie Beiträge zahlen. Sie müssen uns diesen Wunsch mindestens einen Monat vorher mitteilen.

Prüfung des Beitrags nach einem Berufswechsel

(6) Wenn der [→] Versicherte seinen Beruf wechselt oder sich ein anderes berufsbezogenes Merkmal ändert, können Sie den Beitrag prüfen lassen. Dazu müssen Sie uns die Änderungen in [→] Textform mitteilen. Wir prüfen, ob sich durch den neuen Beruf oder die Merkmale der Beitrag ändert. Wir berechnen den neuen Beitrag mit den [→] Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten. Vereinbarte [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert. Wenn sich dabei ein niedrigerer Beitrag ergibt, zahlen Sie künftig den niedrigeren Beitrag.

Bitte beachten Sie: Wir können die Senkung des Beitrags von einer erneuten [→] Risikoprüfung abhängig machen.

Wenn die neuen berufsbezogenen Merkmale nicht zu einem niedrigeren Beitrag führen, bleibt der bisherige Beitrag unverändert. Wir werden den Beitrag nicht erhöhen, auch wenn die Prüfung dies ergeben sollte.

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS

§ 24 Wann können Sie den Vertrag kündigen und welche Folgen hat dies?

Sie können den Vertrag zum Ende eines Monats in [→] Textform kündigen. In diesem Fall zahlen wir nichts aus und der Vertrag erlischt, sofern es das Betriebsrentengesetz zulässt. Sonst gehen wir so vor wie bei einem Beitrags-Stopp nach § 22.

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

Abstrakte Verweisung	<p>Der Verzicht auf die abstrakte Verweisung bedeutet, dass wir auch in folgendem Fall leisten:</p> <ul style="list-style-type: none">– Der [→] Versicherte könnte eine Tätigkeit aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben und– diese Tätigkeit würde seiner bisherigen Lebensstellung entsprechen und– diese Tätigkeit geht nicht zu Lasten seiner Gesundheit.
Arglistig	<p>Arglist bedeutet, dass Sie oder der [→] Versicherte uns absichtlich täuschen. Beispiel: Sie oder der Versicherte machen falsche Angaben, um Leistungen aus dem Vertrag zu erhalten.</p>
Bewertungsreserven	<p>Sie entstehen wie folgt: In unserer Bilanz bewerten wir unsere Kapitalanlagen nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen höher ist als deren Wert in unserer Bilanz, entstehen Bewertungsreserven. Weil die Kapitalmärkte schwanken, können die Bewertungsreserven höher oder niedriger ausfallen. Sie können sogar ganz entfallen. Auch aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.</p>
Begünstigter	<p>Sie können eine Person bestimmen, die im [→] Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll. Dies müssen Sie tun, bevor der Versicherungsfall eingetreten ist. Diese Person nennen wir Begünstigter. Sie können auch mehrere Personen als Begünstigte bestimmen. Der im Antrag genannte versicherte Arbeitnehmer ist zu Beginn des Vertrags der Begünstigte. Wenn eine Leistung fällig wird, weil der [→] Versicherte stirbt, sind die steuerlich zulässigen Hinterbliebenen begünstigt. Dies betrifft zum Beispiel ein Guthaben aus Überschüssen.</p>
BUZ	<p>Zusatzversicherung für den Fall einer Berufsunfähigkeit.</p>
Deckungskapital	<p>Das Deckungskapital ist eine rechnerische Größe des Vertrags. Wir bilden das Deckungskapital aus den Beitragsteilen, die wir nicht sofort für Kosten und das [→] Risiko der Berufsunfähigkeit benötigen. Wir legen das Deckungskapital im [→] klassischen Vermögen an. Das Deckungskapital verzinsen wir garantiert mit 0,9 % pro Jahr.</p>
Demenz	<p>Als Demenz werden durch eine Krankheit bedingte Störungen der Leistungsfähigkeit des Gehirns bezeichnet. Diese gehen mit einem Verlust der geistigen Fähigkeiten einher, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen des [→] Versicherten auswirken (sogenannte kognitive Fähigkeiten).</p>
Dynamik	<p>Wenn Sie in den Vertrag eine Dynamik eingeschlossen haben, erhöhen wir automatisch jährlich den Beitrag. Dadurch steigen die vereinbarten Leistungen. Das [→] Risiko prüfen wir dabei nicht erneut.</p>
Entgeltfortzahlung	<p>Wenn der [→] Versicherte in Folge längerer Krankheit arbeitsunfähig ist, gilt: Der Arbeitgeber muss dem Versicherten für die Zeit der Krankheit das Entgelt weiterzahlen. Maximal jedoch für einen Zeitraum von sechs Wochen. Dies ergibt sich aus § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz. Den genauen Wort-</p>

laut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:
www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Entgeltumwandlung

Dies bedeutet, dass der [→] Versicherte (Arbeitnehmer) mit Teilen seines Bruttoentgelts seine betriebliche Altersversorgung finanziert. Nach § 1a Betriebsrentengesetz haben Arbeitnehmer ein Recht auf Entgeltumwandlung. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die auch einen rechtlichen Charakter haben können. Zum Beispiel: Anfechtungen, Kündigungen, Mahnungen.

Fahrlässig

Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.

Gefahrerhebliche Umstände

Sind für den Vertrag entscheidende Umstände, um diesen überhaupt oder mit dem beantragten Inhalt abzuschließen. Zum Beispiel: Alter, Beruf, Gesundheitszustand.

Grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maß nicht beachten. Mit anderen Worten: Sie haben nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

Juristische Person

Im Unterschied zu einer natürlichen Person ist eine juristische Person zum Beispiel: eine Aktiengesellschaft (AG), eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), eine Stiftung oder ein Verein.

Karenzzeit

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für den Vertrag einen geringeren Beitrag. Während der Karenzzeit zahlen wir keine Berufsunfähigkeitsrente, obwohl der [→] Versicherte berufsunfähig ist.

Klassisches Vermögen

Mit diesem beschreiben wir das klassische Sicherungsvermögen, das in § 125 Versicherungsaufsichtsgesetz definiert ist. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte. Das klassische Vermögen legen wir zum Beispiel an in Grundstücken, festverzinslichen Wertpapieren und Schuldverschreibungen.

Kollektive Merkmale

Diese können wir berücksichtigen, wenn wir die Beiträge von Verträgen im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung ermitteln. Kollektive Merkmale sind zum Beispiel:

- der durchschnittliche Krankenstand eines Unternehmens,
- die Anzahl der aufgrund von Invalidität oder Erwerbsminderung ausgeschiedenen Mitarbeiter,
- Maßnahmen, um Mitarbeiter wieder in den Beruf einzugliedern oder um für die Gesundheit der Mitarbeiter vorzusorgen.

Leistungsdauer

Wenn der [→] Versicherte berufsunfähig ist, zahlen wir unsere Leistungen höchstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Die Leistungsdauer kann länger sein als die Versicherungsdauer, aber nicht umgekehrt.

Mischtätigkeit

Der [→] Versicherte übt mehrere Berufe in Teilzeit aus. Für die Leistungsprüfung berücksichtigen wir in diesem Fall diese Tätigkeiten nebeneinander.

Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen

Eine [→] Demenz nach Schweregrad 5 (Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Der [→] Versicherte kann sich ohne fremde Hilfe nicht mehr zu-rechtfinden. Er kann sich zum Beispiel kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, zum Beispiel an seine Adresse oder die Namen naher Familienangehöriger. Häufig besteht auch eine Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Ermittelt wird dieser Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg.

Rechnungsgrundlagen

Sie dienen dazu, die Beiträge und die Leistungen zu berechnen. Zu den Rechnungsgrundlagen gehören zum Beispiel die Annahmen über das versicherte [→] Risiko, den [→] Rechnungszins und die Kosten.

Rechnungszins

Ist der Zinssatz, mit dem wir das [→] Deckungskapital garantiert verzinsen. Wir garantieren für die gesamte Vertragsdauer einen Zinssatz von 0,9 % pro Jahr.

Risiko

Ist bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung die Wahrscheinlichkeit, dass der [→] Versicherte berufsunfähig wird. Außerdem beinhaltet das Risiko Annahmen darüber, wann der Versicherte wieder einen Beruf ausüben kann oder wann er stirbt. Das Risiko erhöht sich auch dann, wenn der Versicherte im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt ist.

Risikoprüfung

Wenn Sie den Vertrag beantragen, prüfen wir das [→] Risiko des [→] Versicherten. Dabei berücksichtigen wir zum Beispiel Angaben zum Alter, Beruf, dem aktuellen Zustand der Gesundheit und zu gefährlichen Sportarten. Auf dieser Grundlage entscheiden wir, ob und in welcher Form wir den Antrag annehmen.

Rückstellungen

Sind Verbindlichkeiten, Verluste oder Aufwendungen, zu denen noch ungewiss ist, ob und in welcher Höhe sie entstehen. Sie sind Passivposten in der Bilanz.

**Rückstellung für Beitragsrück-
erstattung**

Ist eine versicherungstechnische Rückstellung in der Bilanz eines Versicherers. Sie enthält den Wert der Ansprüche auf Beitragsrückerstattung der [→] Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit. Dieser Rückstellung entnehmen wir zum Beispiel die jährlichen [→] Überschussanteile, die wir den einzelnen Verträgen konkret zuteilen.

Sachdienliche Auskünfte

Sachdienlich sind Auskünfte, die wir auch verlangen können, wenn wir zum ersten Mal prüfen, ob der [→] Versicherte berufsunfähig ist. Dazu gehören alle Angaben, die wichtig sind, damit wir Ansprüche auf Leistungen feststellen und abwickeln können.

Schriftform

Wenn die Schriftform vorgeschrieben ist, müssen [→] Erklärungen zum Beispiel per Brief mit eigenhändiger Unterschrift erfolgen. Die Schriftform ist in § 126 BGB geregelt. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Selbständige

Personen, die ihre berufliche Tätigkeit nicht weisungsgebunden ausüben und Einfluss auf die betriebliche Gestaltung nehmen können. Selbständige tragen ein unternehmerisches Risiko. Zu den Selbständigen gehören zum Beispiel

Freiberufler und Gewerbetreibende. Vorstände einer Aktiengesellschaft zählen nicht zu den Selbständigen.

Steuerlicher Höchstbetrag für Direktversicherungen

Gibt an, bis zu welcher Höhe Beiträge zu Direktversicherungen steuerfrei sind. Er ist gesetzlich in § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) geregelt und beträgt 8 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung. Im Jahr 2021 liegt der Höchstbetrag bei 6.816 EUR. Dieser Betrag verringert sich um die Beiträge, die pauschal versteuert werden. Gemeint ist die pauschale Versteuerung nach § 40b Absätze 1 und 2 EStG in einer vor dem 01.01.2005 geltenden Fassung. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Stornogebühr

Wenn Sie die Beiträge stoppen, erheben wir eine Stornogebühr. Die Gründe dafür sind Folgende:

- Ein Beitrags-Stopp führt zu Kosten in der Verwaltung.
- Teile der Abschluss- und Vertriebskosten sind mitunter noch nicht gedeckt.
- Das [→] Risiko über alle [→] Versicherten verschlechtert sich, weil meistens nur gesunde Personen ihre Berufsunfähigkeitsversicherung die Beiträge stoppen.

Wir berechnen die Stornogebühr wie folgt: Sie beträgt 15 % des Deckungskapitals plus einem weiteren Betrag. Den weiteren Betrag berechnen wir so: 25 % des Deckungskapitals multipliziert mit dem Verhältnis zwischen der restlichen Dauer der Beitragszahlung und der restlichen Vertragsdauer. Beispiel: Das Deckungskapital beträgt 1.000 EUR. Außerdem hätten Sie noch zehn Jahre Beiträge zu zahlen bei einer verbleibenden Vertragsdauer von ebenfalls zehn Jahren. Dann beträgt die Stornogebühr $(1.000 \times 15\%) + ((1.000 \times 25\%) \times 10/10) = 400$ EUR. Für die Beitragszahlung und Vertragsdauer gelten jeweils die Zeiträume, die wir bei Beginn des Vertrags vereinbart hatten. Wie hoch die Stornogebühr in Euro ist, sehen Sie im [→] Versicherungsschein in der Liste der garantierten beitragsfreien Renten.

Die Stornogebühr muss angemessen sein. Dies müssen wir Ihnen nachweisen, wenn Zweifel bestehen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Stornogebühr in Ihrem Fall nicht angemessen ist, senken wir diese oder erheben sie nicht.

Teilzeittätigkeit

Tätigkeit, deren regelmäßige Wochenarbeitszeit kürzer ist als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers. Der Begriff ist ebenfalls in § 2 Absatz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz definiert. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Textform

Für die Textform reicht eine lesbare [→] Erklärung. Diese muss auf einem dauerhaften Datenträger (zum Beispiel Fax oder E-Mail) abgegeben werden. Die Textform ist in § 126b BGB geregelt. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Überschüsse

Sind Erträge, die wir zusätzlich erwirtschaften. Sie kommen zustande, wenn wir bessere Ergebnisse erzielen als bei Beginn des Vertrags angenommen. Zum Beispiel: Es treten weniger [→] Versicherungsfälle ein als angenommen.

Überschussanteil	Ist der Anteil an den erwirtschafteten [→] Überschüssen, den wir dem Vertrag gutschreiben.
Überschussatz	Anhand der Überschussätze ermitteln wir die Höhe der [→] Überschussanteile für die einzelnen Verträge. Wir legen diese jährlich neu fest und veröffentlichen sie im Geschäftsbericht.
Unverzüglich	Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“ oder „so schnell wie eben möglich“.
Verantwortlicher Aktuar	Ist ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger. Jeder Lebensversicherer muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Dieser achtet insbesondere darauf, dass der Versicherer die Garantien gegenüber seinen [→] Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllen kann.
Vereinfachte Risikoprüfung	Wir prüfen das [→] Risiko auf der Grundlage einer geringeren Anzahl von Fragen an den [→] Versicherten. Oder wir verwenden eine so genannte einfache oder erweiterte Dienstobliegenheitserklärung. Dies ist zum Beispiel eine Erklärung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Dienst voll ausübt.
Versichertenbestand	Anzahl der Versicherten der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung.
Versicherter	Ist die Person, die wir im Hinblick auf die Risiken versichern. Der Versicherte kann jemand anderes sein als der [→] Versicherungsnehmer. Bei der betrieblichen Altersversorgung ist der Versicherte der Arbeitnehmer.
Versicherungsfall	Liegt vor, wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: der [→] Versicherte wird berufsunfähig.
Versicherungsjahr	Ein neues Versicherungsjahr beginnt immer mit dem Monat, für den wir das Ende des Vertrags vereinbart haben. Das bedeutet: Das erste Versicherungsjahr kann weniger als zwölf Monate umfassen. Beispiel: Beginn des Vertrags 01.08., Ende des Vertrags 01.05. Dann umfasst das erste Versicherungsjahr neun Monate, alle weiteren zwölf Monate.
Versicherungsnehmer	Schließt mit uns den Versicherungsvertrag. Er ist damit unser Vertragspartner. Bei der betrieblichen Altersversorgung ist dies der Arbeitgeber, der eine Versicherung für den Arbeitnehmer abschließt.
Versicherungsschein	Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zum Vertrag. Zum Beispiel: das versicherte [→] Risiko, Beginn und Ende des Vertrags. Für Änderungen während der Dauer des Vertrags erhalten Sie jeweils einen Nachtrag. Bitte heben Sie den Versicherungsschein und die Nachträge gut auf.
Vorsätzlich	Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ziel erreichen will, dabei die Umstände seines Handelns kennt und die Folgen bewusst in Kauf nimmt.
Zuschläge	Können vereinbart werden, wenn der [→] Versicherte ein Leiden hat oder ein gefährliches Hobby ausübt.