Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarife BV10 und BV11)

Inhaltsverzeichnis

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN 3

§ 1 Wann beginnt Ihr 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 Ihren Vertrag und wie müssen Mitteilungen erfolgen? 5
§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr 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 Gibt es ein vereinfachtes Verfahren, wenn der Versicherte an Krebs erkrankt? 10
§ 10 Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben? 11
§ 11 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird? 13
§ 12 In welchen Fällen leisten wir nicht? 14

C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN 15

§ 13 Wie erhöhen sich die Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven? 15

D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN 17

§ 14 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus diesem Vertrag erhalten möchten? 17
§ 15 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? 18
§ 16 Was müssen Sie beachten, während wir leisten? 18
§ 17 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen? 19
§ 18 Wer erhält die Leistungen? 19

E. BEITRÄGE UND KOSTEN 19

§ 19 Wie müssen Sie Ihre Beiträge zahlen? 19
§ 20 Was geschieht, wenn wir einen Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten? 20
§ 21 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten? 20
§ 22 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben? 21

F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN 21

§ 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen? 21
§ 24 Wie können Sie Ihre Beiträge stoppen? 22

G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN 23

§ 25 Was gilt bei der Ausbau- und der Nachversicherungsgarantie? 23
§ 26 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten gibt es? 25

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS 26

§ 27 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat dies? 26

I. SONSTIGES 27

§ 28 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? 27
§ 29 Welche unserer Regelungen können geändert werden? 27

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN 28

Diese Bedingungen regeln das Vertragsverhältnis zwischen dem [→] Versicherungsnehmer und uns. Wenn Sie die Versicherung beantragt haben, sind Sie Versicherungsnehmer und unser Vertragspartner. Die in den Bedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen Sie als Versicherungsnehmer. Wir verwenden nur die männliche Schreibweise. Damit meinen wir gleichermaßen alle Geschlechter. Der Text wird dadurch übersichtlicher und verständlicher.

Wichtiger Hinweis: Damit Sie die Bedingungen leichter verstehen 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 Ihr Versicherungsschutz?

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

- wir Ihren 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 Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt.

Bitte beachten Sie: Sie haben nur dann Versicherungsschutz, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Mehr dazu finden Sie in § 19 und § 20.

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

§ 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). Dies gilt auch für Rückfragen, die sich aus Ihren Antworten ergeben haben. 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 Ihrer Gesundheit sein. Wir versichern Sie im Vertrauen darauf, 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) Wenn wir eine andere Person versichern sollen, muss auch diese die Fragen richtig und vollständig beantworten.

Besonderheit für Verträge der betrieblichen Altersversorgung

(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 Ihren Antrag zu anderen Bedingungen angenommen, wenn Sie die Umstände richtig angegeben hätten.

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir zahlen Ihnen dann nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück. Wenn zum Zeitpunkt des Rücktritts bereits der [→] Versicherungsfall eingetreten ist, bleiben wir unter folgenden Bedingungen zur Leistung verpflichtet: 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.

Sie müssen uns die zuvor beschriebenen Umstände nachweisen.

Kündigung

(3) Wenn wir nicht zurücktreten können, können wir den Vertrag kündigen. Dazu müssen wir eine Frist von einem Monat einhalten. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp vor (siehe § 24 Absätze 1 und 2). Sie zahlen in diesem Fall keine Beiträge mehr. Wir verzichten auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

(4) Wenn Sie Ihre 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 Ihnen 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 Ihre Angabe falsch war.
- Es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Dies gilt nicht für [→] Versicherungsfälle, die innerhalb dieser fünf Jahre eingetreten sind. In diesen Fällen können wir unsere Rechte auch nach Ablauf der 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. Wir zahlen auch keine Beiträge an Sie zurück.

Leistungserhöhung

(8) Wenn Sie den Umfang der Versicherung später erhöhen und in diesem Zusammenhang weitere Angaben machen, gilt Folgendes: Wir können für den erhöhten Teil 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.

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

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

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

- den [→] Begünstigten oder
- den Inhaber des [→] Versicherungsscheins, wenn: ein Begünstigter nicht vorhanden ist oder wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln können oder
- eine von Ihnen bevollmächtigte Person.

§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies [→] unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, kann dies in folgendem Fall nachteilig für Sie sein: Wir senden Ihnen [→] Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte uns bekannte Anschrift. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Wenn Sie planen, sich längere Zeit im Ausland aufzuhalten, benennen Sie uns bitte einen Bevollmächtigten. An diesen Bevollmächtigten werden wir dann unsere an Sie gerichteten 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 Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Für [→] juristische Personen gilt: Es ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die juristische Person ihren Sitz oder ihre Niederlassung hat.

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

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Für [→] juristische Personen gilt: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die juristische Person ihren Sitz oder ihre Niederlassung hat.

(3) Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder bei [→] juristischen Personen den Sitz ins Ausland verlegen, gilt: Für Klagen sind die deutschen Gerichte zuständig.

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, wenn Sie keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben.
- Garantierte Steigerung der Rente:
  Während wir leisten, erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz. Die Rente steigt zu Beginn eines jeden [→] Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Leistungszeit. Wenn der Versicherte erneut berufsunfähig werden sollte, 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 § 13 Absatz 5) und die Erhöhungen durch die [→] Dynamik.

- Einmalige Leistung:
  Wenn wir erstmalig eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen, erhalten Sie zusätzlich einen einmaligen Betrag. Ausnahme: Im letzten Jahr der Dauer des Versicherungsschutzes zahlen wir nur einen Teil dieses Betrags. Pro verbleibenden Monat zahlen wir ein Zwölftel des einmaligen Betrags.

(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 § 11. Ihre persönlichen Vertragsdaten finden Sie in Ihrem [→] 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 1 % 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 § 13.

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, nachdem 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. Die anderen Leistungen nach Absatz 1 erhalten Sie bereits zum Anfang des Monats, nachdem 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 § 14 gelten erneut.

Hilfestellungen

(6) Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wenn Sie uns über einen [→] Versicherungsfall informiert haben, werden Sie von einem unserer Berufsunfähigkeits-Spezialisten angerufen. Die Aufnahme des Kontakts erfolgt innerhalb von zwei Arbeitstagen. Dieser Spezialist ist für die gesamte Dauer der Prüfung Ihr persönlicher Ansprechpartner.

Er hilft Ihnen gerne bei allen Fragen rund um die Prüfung der Berufsunfähigkeit, zum Beispiel dabei

- welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten,
- wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen,

– wie [→] Selbständige ihren Betrieb umorganisieren können oder

– welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen.

Sie können mit uns vereinbaren, dass wir uns an den Kosten einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation beteiligen. Dafür prüfen wir, ob durch die Rehabilitation eine begründete Aussicht besteht, dass

– Sie Ihre Berufstätigkeit durch die Rehabilitation früher aufnehmen oder

– die Berufsunfähigkeit dadurch früher endet.

– Als Unterstützung zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten, höchstens 6.000 EUR. Wir zahlen nur, wenn die Kosten der Rehabilitation nicht von Dritten übernommen werden. Dies können zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung oder die Gesetzliche Krankenversicherung sein.

Bitte beachten Sie:

– Sie können die Unterstützung auch mehrfach in Anspruch nehmen. Wir leisten insgesamt bis zu sechs Monatsrenten, höchstens 6.000 EUR.

– Diese finanzielle Hilfe erbringen wir nur, wenn der Vertrag nicht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung besteht.

Beiträge während der Prüfung der Leistungspflicht

(7) Während wir prüfen, ob wir leisten, müssen Sie die Beiträge weiterzahlen. Wenn wir leisten, zahlen wir Ihnen zu viel gezahlte Beiträge zurück. Außerdem verzinsen wir die zu viel gezahlten Beiträge, die wir nach Ihrem 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 Ihren 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 Ihre Beiträge zinslos,

bis das Gericht rechtskräftig entschieden hat.

Wenn wir Ihren 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.

Sie können die Beiträge auch mit dem Guthaben verrechnen lassen, sofern dies in ausreichender Höhe vorhanden ist. Wir ziehen dann die gestundeten Beiträge vom Guthaben ab. Dadurch können sich die versicherten Leistungen aus diesem Vertrag verringern. Wenn die neue garantierte Rente 600 EUR im Jahr nicht erreicht, beenden wir den Vertrag. In diesem Fall zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

Weltweiter Schutz im Beruf und in der Freizeit

(8) Sie haben weltweit Versicherungsschutz, sowohl im Beruf als auch in der Freizeit. Sie müssen uns nicht informieren, wenn sich bei dem [→] Versicherten während der Vertragsdauer [→] gefahrerhebliche 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. Dieser Beruf kann auch in Teilzeit ausgeübt werden ([→] Teilzeittätigkeit) oder sich aus mehreren verschiedenen beruflichen Teilzeittätigkeiten zusammensetzen ([→] Mischtätigkeit). Wir betrachten, wie der zuletzt ausgeübte Beruf ausgestaltet war, als der Versicherte noch nicht gesundheitlich beeinträchtigt war.

  Als Berufe zählen auch die Tätigkeiten folgender Personen
  - [→] Hausfrauen und Hausmänner,
  - Schüler,
  - Studenten und
  - Auszubildende.

  Auch bei diesen Berufen ist für die Beurteilung die vom Versicherten tatsächlich ausgeübte Tätigkeit maßgeblich.
  Bitte beachten Sie: Wir prüfen zu Gunsten des Studenten zusätzlich auch die Fähigkeit, in einem mit dem Studium regelmäßig erreichten Beruf zu arbeiten. Dies gilt entsprechend auch für Auszubildende.

  Wir verzichten auf eine [→] abstrakte Verweisung.

Bitte beachten Sie folgende Besonderheiten:

- Hat der Versicherte seinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen geändert oder gewechselt („leidensbedingter 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 (zum Beispiel eine Tätigkeit als Hausfrau/-mann).
- 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 Studenten, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeit befinden, gilt: Wir berücksichtigen zu Gunsten des Studenten die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch der sozialen Wertschätzung.

Diese Regelung gilt entsprechend für Auszubildende in der zweiten Hälfte der Ausbildungszeit.

Keine Berufsunfähigkeit wegen Umorganisation

(3) Ein [→] Selbständiger 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.
- Der Selbständige beschäftigt in seinem Betrieb 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.

Wenn wir nicht leisten, weil der Versicherte seinen Betrieb umorganisieren könnte, erhält der Versicherte von uns eine finanzielle Hilfe. Diese beträgt sechs Monatsrenten in einem Betrag. Wird der Versicherte innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig, verrechnen wir den einmaligen Betrag mit den Renten.

Bitte beachten Sie: Diese finanzielle Hilfe erbringen wir nur, sofern der Vertrag nicht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung besteht.

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.
- Dieser Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren.
- Ist der Versicherte bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung jünger als 50 Jahre, gilt: Es dürfen bei Beginn des Vertrags keine [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen vereinbart worden sein. Ist der Versicherte bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung 50 Jahre oder älter, entfällt diese Voraussetzung.

Die für Ihren Vertrag geltenden Zuschläge, Einschränkungen 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,
- Student der Human- oder Zahnmedizin 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 sowie Studenten der Human- und Zahnmedizin 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 Gibt es ein vereinfachtes Verfahren, wenn der Versicherte an Krebs erkrankt?

(1) Wenn der [→] Versicherte an [→] Krebs erkrankt, genügt es, wenn Sie einen vereinfachten Nachweis nach Absatz 6 erbringen. In diesem Fall leisten wir für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. Die Leistungen entsprechen denen, die Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbart haben (siehe § 7 Absatz 1).

Voraussetzungen hierfür sind:

- Der Vertrag besteht nicht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung.
- Der Vertrag besteht zum Zeitpunkt der ersten Diagnose mindestens sechs Monate. Dies gilt auch für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer [→] Dynamik.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der 18 Monate müssen Sie zusätzlich beantragen (siehe Absatz 6). Dies können Sie gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt tun. Wir prüfen dann nach § 8 oder § 10, ob Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit vorliegt.
- Leistungen wegen Krebs können Sie nur einmal mit einem vereinfachten Nachweis geltend machen.
- Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Krebs mit einem vereinfachten Nachweis und Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit zu erhalten.

Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die übrigen Regelungen entsprechend.

Definition Krebs

(2) Wir leisten, wenn der [→] Versicherte an [→] Krebs erkrankt und ein Facharzt einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Der Versicherte hat eine [→] Chemotherapie oder eine [→] Strahlentherapie begonnen oder sie steht unmittelbar bevor.
- Eine Operation von Krebs führt dazu, dass
  - der Versicherte lebenslang Medikamente einnehmen muss oder
  - ein Grad der Behinderung des Versicherten festgestellt wird oder
  - eine dauerhafte Einschränkung der Berufsfähigkeit des Versicherten vorliegt.
- Der Versicherte befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer [→] palliativen Therapie.

Beginn und Ende der Leistungen

(3) Unsere Leistungen beginnen zum Anfang des Monats, nachdem der [→] Versicherte nach Absatz 2 an [→] Krebs erkrankt ist.

(4) Unsere Leistungen enden, wenn

- wir für 18 Monate Leistungen wegen [→] Krebs erbracht haben oder
- die vereinbarte [→] Leistungsdauer dieser Versicherung abgelaufen ist oder
- der Versicherte gestorben ist.

Bitte beachten Sie: Unsere Leistungen enden nicht, wenn sich die Gesundheit des Versicherten vor Ablauf von 18 Monaten verbessern sollte.

(5) Wenn eine [→] Karenzzeit für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbart ist, gilt diese auch für den Fall einer Krebserkrankung. Es gelten auch hier die Regelungen von § 7 Absatz 4. Wir rechnen die Karenzzeit auf den 18-monatigen Zeitraum nach Absatz 4 an.

Beantragen von Leistungen

(6) Sie können Leistungen mit einem vereinfachten Nachweis innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen. Ihrem Antrag müssen Sie nur einen onkologischen Bericht eines Facharztes oder einen Entlassungsbericht des Krankenhauses beifügen. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- den Behandlungsplan und
- den Umfang einer durchgeführten Operation.

Wenn diese Informationen bei uns eingegangen sind, geschieht Folgendes: Wir werden innerhalb von fünf Arbeitstagen entscheiden, ob wir Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen [→] Krebs enden. Sie können diese Leistungen gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt beantragen.
- Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir erst nach dem 18-monatigen Zeitraum (siehe Absatz 4).

§ 10 Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben?

(1) Sie können die nach § 7 Absatz 1 vereinbarten Leistungen für den Fall ergänzen, dass der [→] Versicherte arbeitsunfähig wird. Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten alle Regelungen dieser Bedingung entsprechend. Wenn für Ihren Vertrag Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Leistungen

(2) Wenn der [→] Versicherte arbeitsunfähig ist, erbringen wir, sofern vereinbart, folgende Leistungen:

- Befreiung von der Zahlung der Beiträge:
  Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen.
- Rente:
  Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.
- Garantierte Steigerung der Rente:
  Die Rente erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz, während der Versicherte arbeitsunfähig ist.
- Einmalige Leistung:
  Die einmalige Leistung zahlen wir nicht, wenn der Versicherte arbeitsunfähig wird.

Definition Arbeitsunfähigkeit

(3) Der [→] Versicherte ist arbeitsunfähig, wenn ein Arzt Folgendes bescheinigt:

- Der Versicherte ist seit mindestens vier Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig.
  Außerdem muss ein Facharzt bescheinigen, dass der Versicherte voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird.
- Der Versicherte ist seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig.
  Hierbei muss eine der Bescheinigungen durch einen Facharzt ausgestellt worden sein.

Die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit müssen den in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Dies gilt, wenn für den Versicherten eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
- Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld.
- Es besteht eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit.

Wenn keines dieser Kriterien erfüllt ist, akzeptieren wir auch privatärztliche Bescheinigungen. Dies gilt zum Beispiel bei Selbständigen ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder bei nicht erwerbstätigen Personen. Die Bescheinigungen müssen mindestens folgende Angaben enthalten:

- Name und Geburtsdatum des Versicherten
- Erkrankung (Diagnose)
- Ort und Ausstellungsdatum
- Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit
- Datum des voraussichtlichen Endes der Arbeitsunfähigkeit

Die Bescheinigungen müssen von einem behördlich zugelassenen Arzt ausgestellt sein, bei dem sich der Versicherte in Behandlung befindet.

Beantragen von Leistungen

(4) Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie folgende Unterlagen [→] unverzüglich vorlegen:

– die in Absatz 3 beschriebene ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und

– auf besondere Aufforderung weitere Angaben, zum Beispiel zur Diagnose oder zum Beruf.

Den Antrag müssen Sie innerhalb des Zeitraums stellen, in dem der [→] Versicherte arbeitsunfähig ist. Eventuell entstehende Kosten müssen Sie tragen.

Wenn die zuvor genannten Unterlagen bei uns eingegangen sind, geschieht Folgendes:

– Wir teilen Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit, ob wir Leistungen erbringen oder weitere Informationen benötigen.

– Wir können prüfen, ob bei Abschluss des Vertrags die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wurde. Mehr dazu finden Sie in § 3.

Beginn und Ende der Leistungen

(5) Unsere Leistungen beginnen zum Anfang des Monats, nachdem der [→] Versicherte arbeitsunfähig geworden ist. Unsere Leistungen enden

– mit Beginn des Monats, in dem wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder

– mit Ablauf des Monats, in dem das in der letzten Bescheinigung genannte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit liegt oder

– wenn wir bereits für 24 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt haben.

Bitte beachten Sie: Sie müssen uns [→] unverzüglich informieren, wenn der Versicherte

– länger krankgeschrieben wird (Folgebescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit) oder

– er wieder arbeitsfähig ist.

(6) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

– der [→] Versicherte ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,

– die vereinbarte [→] Leistungsdauer dieser Versicherung nicht abgelaufen ist,

– wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und

– der Versicherte lebt.

Bitte beachten Sie:

– Wenn der Versicherte während einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V seine bisherige Tätigkeit teilweise verrichtet, stellt dies keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

– Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, dürfen wir nachprüfen, ob der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig ist. Wir können auch prüfen, ob der Versicherte berufsunfähig ist.

(7) Wenn eine [→] Karenzzeit für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbart ist, gilt diese auch für den Fall der Arbeitsunfähigkeit. Es gelten auch hier die Regelungen von § 7 Absatz 4. Wir rechnen die Karenzzeit auf die längste Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von 24 Monaten an.

(8) Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit längstens für insgesamt 24 Monate. Dies gilt auch, wenn der [→] Versicherte während der Dauer des Versicherungsschutzes mehrmals arbeitsunfähig wird. Wir leisten nur für den Zeitraum, für den ein Arzt die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (siehe Absatz 3). Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu zwei Monaten in die Zukunft.

Bitte beachten Sie:

– Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit zu erhalten.

– Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit enden. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie getrennt beantragen. Sie können dies gleichzeitig tun oder zu einem späteren Zeitpunkt. Wir prüfen dann, ob der Versicherte nach § 8 berufsunfähig ist und teilen Ihnen mit, ob wir leisten.

– Wenn sich nachträglich herausstellt, dass der Versicherte berufsunfähig war, gilt Folgendes: Wir verrechnen die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den im selben Zeitraum erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Dieser Zeitraum fällt nicht unter die längste Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von 24 Monaten. Wenn der Versicherte erneut arbeitsunfähig wird, kann er für diese Zeiträume erneut Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten.

Kündigung

(9) Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in [→] Textform kündigen. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht oder Sie solche Leistungen beantragt haben.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie die Vereinbarung kündigen, zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

§ 11 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 Ihren 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, die ebenfalls ein Arzt bescheinigen muss:

  - 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.
- Änderungen im Sozialgesetzbuch XI führen zu keiner Änderung des Leistungsumfangs dieses Vertrags.

(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 § 14 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 stirbt oder die vereinbarte [→] Leistungsdauer endet.

(7) Wir stellen unsere Leistung ein, wenn der [→] Versicherte

- nicht mehr pflegebedürftig nach Absatz 2 und
- nicht berufsunfähig nach § 8 ist.

Mehr zum Einstellen von Leistungen finden Sie in § 16 Absatz 3.

§ 12 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 oder der [→] Begünstigte 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 Schaden 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 nicht 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 Deutschlands 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

§ 13 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 Paragrafen erläutern wir Ihnen,

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

Wir veröffentlichen die [→] Überschusssätze 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 entstehen zum Beispiel, wenn weniger [→] Versicherte eine Leistung erhalten, als wir angenommen haben. 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 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 wer-

den. 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 [→] Überschusssätze sind. Den Geschäftsbericht finden Sie im Internet unter www.alte-leipziger.de.

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(4) Solange wir keine Leistungen erbringen, erhalten Sie einen jährlichen [→] Überschussanteil. Diesen Anteil 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:

- Verrechnen mit den Beiträgen:
  Wir ziehen die jährlichen Überschussanteile gleichmäßig von Ihren Beiträgen ab. Dadurch sinkt der Beitrag bereits ab Beginn des Vertrags. Wir können die Überschussanteile nur solange mit Ihren Beiträge verrechnen, wie Sie Beiträge zahlen. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, legen wir die Überschussanteile verzinslich an.
- In einem Fonds anlegen:
  Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile in einem Fonds an. Genauere Informationen finden Sie in den Zusatzbedingungen für die Anlage der Überschüsse in einem Fonds.
- Verzinslich anlegen:
  Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile an. Dieses Guthaben verzinsen wir mit dem [→] Rechnungszins von 1 % 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 der verzinslichen Anlage aus, wenn der [→] Versicherte stirbt oder wenn der Vertrag endet. Wir erhöhen dann das verzinslich angelegte Guthaben um die Beteiligung an den [→] Bewertungsreserven.

Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(5) Wir erhöhen mit den Überschussanteilen jährlich Ihre 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 erhalten Sie erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, nachdem der [→] Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn Ihre Rente angestiegen ist, kann sie nicht mehr sinken. Damit garantieren wir den erreichten Rentenzuwachs für die gesamte Rentendauer. Wenn der Versicherte erneut berufsunfähig wird, erhalten Sie 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 Versicherungsvertrags-

gesetz). 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 4), 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

§ 14 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus diesem Vertrag erhalten möchten?

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, nachdem der Versicherte berufsunfähig geworden ist.

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

Unterlagen

(2) Wenn Sie Leistungen beanspruchen, müssen Sie uns 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. Dies bedeutet: Sie beschreiben den beruflichen Tagesablauf mit den jeweiligen einzelnen Tätigkeiten und den zeitlichen und körperlichen Anforderungen. 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 auf Nachweis die erforderlichen und angemessenen Kosten für Reise und Unterbringung. Zum Beispiel: eine Bahnfahrt zweiter Klasse, ein Flug in der Economy Class, die Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. 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 insbesondere für operative Maßnahmen.

Bitte beachten Sie:

- Hilfsmittel des täglichen Lebens muss der Versicherte nutzen. Dies sind zum Beispiel Sehhilfen, Hörgeräte oder Prothesen.
- Gefahrlose Heilbehandlungen muss der Versicherte nur unter folgenden Voraussetzungen durchführen: Sie sind
  - ärztlich angeraten,
  - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden und
  - bieten eine sichere Aussicht auf Besserung.

  Dazu gehören zum Beispiel Physiotherapien oder Rückenschulkurse.

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

§ 15 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?

(1) Wenn Sie die Unterlagen einreichen, teilen wir Ihnen innerhalb von acht Arbeitstagen mit, ob und in welcher Höhe wir leisten. Wenn wir noch nicht beurteilen können, ob wir leisten, teilen wir Ihnen mit

- welche weiteren Unterlagen Sie uns einreichen müssen oder
- welche weiteren Schritte wir einleiten, zum Beispiel ein neutrales Gutachten anfordern.

Wenn wir die Frist von acht Arbeitstagen überschreiten und Ihnen dadurch ein Schaden entsteht, ersetzen wir diesen. Den Schaden müssen Sie uns nachweisen.

Solange wir prüfen, informieren wir Sie regelmäßig über den aktuellen Stand. Wir informieren Sie mindestens alle vier Wochen.

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

(2) Befristete Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erkennen wir nur an, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Dies ist nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Gründe für befristete Leistungen können zum Beispiel sein:

- Voraussichtlich ändern sich Umstände, die wir für unsere Leistungsentscheidung benötigen.
- Der Versicherte befindet sich in einer Rehabilitation oder Umschulung.

Die Gründe für die Befristung der Leistungen teilen wir Ihnen mit.

Wenn eine [→] Karenzzeit vereinbart ist, gilt diese auch für die befristeten Leistungen. Es gelten auch hier die Regelungen von § 7 Absatz 4.

Wenn wir befristete Leistungen anerkennen, zahlen wir diese für den anerkannten Zeitraum. Wir führen während dieser Zeit keine weiteren Prüfungen (siehe § 16) durch.

Sie können nach oder noch vor Ablauf des befristeten Zeitraums erneut Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen.

§ 16 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 § 14 gelten erneut.

Einstellen unserer Leistungen

(3) Wenn der [→] Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, leisten wir nicht mehr. Wir teilen Ihnen 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: Wir stellen unsere Leistungen frühestens nach sechs Monaten seit Beginn der Leistungspflicht ein. Sobald wir nicht mehr leisten, müssen Sie wieder Beiträge zahlen. Falls eine einmalige Leistung vereinbart ist, zahlen Sie dafür keine Beiträge mehr.

Starthilfe (Wiedereingliederungshilfe)

(4) Wir helfen Ihnen bei einem beruflichen Neustart. Dazu zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn wir aus folgendem Grund nicht mehr leisten: Der [→] Versicherte hat neue berufliche Fähigkeiten erworben und übt tatsächlich eine zumutbare Tätigkeit nach § 8 Absatz 2 aus. 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.

Haben wir die Leistungen nach § 15 Absatz 2 nur für einen befristeten Zeitraum zugesagt, zahlen wir keine Starthilfe.

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

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

Wenn Sie oder der [→] Versicherte eine Pflicht aus § 14 oder § 16 [→] 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.

§ 18 Wer erhält die Leistungen?

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

Sie können den Begünstigten auf zwei Wegen benennen oder ändern:

1. Weg: Wenn Sie eine Person widerruflich als Begünstigten benennen, können Sie diesen Begünstigten jederzeit ändern. Dies können Sie tun, solange der [→] Versicherte lebt und wir noch keine Leistung ausgezahlt haben. Erklärungen können Sie uns gegenüber in [→] Textform abgeben.

2. Weg: Wenn Sie eine Person sofort und unwiderruflich als Begünstigten benennen, können Sie diesen Begünstigten nur noch unter folgenden Bedingungen ändern:

- Sie müssen uns dies mitteilen und
- der von Ihnen vorher benannte Begünstigte muss zustimmen.

Diese Erklärung erfordert die [→] Schriftform.

E. BEITRÄGE UND KOSTEN

§ 19 Wie müssen Sie Ihre 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 können einen einmaligen Beitrag oder laufende Beiträge zahlen. Laufende Beiträge können Sie in folgenden Abständen (Zahlungsweise) zahlen:

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

(3) Sie müssen den ersten oder einmaligen 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 Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Anders dürfen Sie nicht zahlen. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

– wir Ihren fälligen Beitrag einziehen konnten,

– wir berechtigt sind, Ihren Beitrag einzuziehen, und

– Sie dem Einzug nicht widersprechen.

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

– Sie nicht dafür verantwortlich sind, dass wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten,

– wir Sie aufgefordert haben zu zahlen und

– Sie Ihren Beitrag [→] unverzüglich an uns überweisen.

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

(1) Wenn wir Ihren ersten oder einmaligen 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 Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten und ein [→] Versicherungsfall eintritt, erbringen wir keine Leistungen. Über diese Folge müssen wir Sie in folgender Weise informieren:

– durch eine gesonderte Mitteilung in [→] Textform oder

– durch einen auffälligen Hinweis im [→] Versicherungsschein.

Wir müssen trotzdem leisten, wenn

– wir Sie nicht in der beschriebenen Weise 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 Beträge, die Sie uns schulden. Wenn Sie den angemahnten Betrag nicht in den gesetzten Fristen zahlen, setzen wir die Leistungen herab wie bei einem Beitrags-Stopp. Mehr dazu finden Sie in § 24.

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.

§ 21 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?

(1) Kosten entstehen beim Abschluss des Vertrags und während der Vertrag läuft. 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 im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

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 Ihre 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 oder bei einem einmaligen Beitrag, ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort ab.

(3) Die übrigen Kosten benötigen wir zum Beispiel:

- um Ihren Vertrag zu betreuen, solange Ihr Vertrag läuft, und
- um Ihren 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 von Ihrem [→] 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 im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

§ 22 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 von Ihrem Guthaben abziehen.
- Sie beantragen, einen gestundeten Betrag in gleichmäßigen Raten auszugleichen.

Die genauen Beträge der zusätzlichen Kosten finden Sie im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

(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

Wenn Sie vorübergehend Ihre Beiträge nicht zahlen können, gibt es Wege, diesen Zeitraum zu überbrücken. Sie können sich jederzeit an uns oder Ihren Berater wenden, um die verschiedenen Möglichkeiten zu besprechen.

§ 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen?

Wir bieten Ihnen zwei Möglichkeiten an, Ihre Beiträge befristet auszusetzen: eine Beitragspause oder eine Stundung der Beiträge. Bei der Stundung müssen Sie die ausgesetzten Beiträge innerhalb einer festgelegten Zeit nachzahlen. Nach einer Beitragspause können Sie den gleichen Beitrag wie zuvor weiter zahlen.

Beitragspause

(1) Sie können Ihre Beiträge bis zu 24 Monate aussetzen. Hierfür müssen Sie die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt haben. Der Zeitraum, in dem Sie noch Beiträge zahlen, muss nach der Beitragspause mindestens zehn Jahre betragen. Die Beitragspause beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist.

Zu Beginn der Beitragspause benötigen wir Ihre Angabe, in welcher Höhe Sie nach dem Ende der Beitragspause Ihre Beiträge wieder zahlen möchten. Sie können folgende Wege wählen:

- **1. Weg:** Sie zahlen wieder den gleichen Beitrag wie vor der Beitragspause. Wir berechnen Ihre versicherten Leistungen neu. Wegen der fehlenden Beiträge während der Beitragspause verringern sich die versicherten Leistungen dauerhaft ab Beginn der Beitragspause. Die neue garantierte Rente darf nicht geringer sein als 600 EUR im Jahr. Eine [→] Stornogebühr erheben wir nicht.
- **2. Weg:** Sie versichern die gleichen Leistungen wie vor der Beitragspause. Damit zahlen Sie künftig einen höheren Beitrag. Je länger Ihr Vertrag noch läuft, desto geringer wirkt sich die Beitragspause auf den künftigen Beitrag aus.

Wenn Sie mit uns keine Vereinbarung getroffen haben, gehen wir nach dem 1. Weg vor.

Bitte beachten Sie:

- Sie können Ihre Beitragspause einmalig auf höchstens 24 Monate verlängern.

- Sie können Ihre Beitragspause vorzeitig beenden und zahlen Ihre Beiträge wieder zu den gleichen Terminen wie vor der Beitragspause.
- Während der Beitragspause können Sie keine Ausbau- oder Nachversicherungsgarantie ausüben.
- Wenn Sie eine [→] Dynamik vereinbart haben, gilt: Während der Beitragspause werden die Beiträge nicht planmäßig erhöht.

Die Beitragszahlung setzt nach dem Ende der Beitragspause automatisch wieder ein.

Nach einer Beitragspause ist eine weitere Beitragspause oder eine Stundung erst möglich, wenn Sie wieder für mindestens 48 Monate Beiträge gezahlt haben. Der Zeitraum für alle Beitragspausen in diesem Vertrag darf 48 Monate nicht übersteigen.

Stundung

(2) Sie können Ihre Beiträge für bis zu 24 Monate ganz oder teilweise stunden und später zahlen. Hierzu müssen Sie mit uns einen individuellen Vertrag in [→] Schriftform abschließen. Hierfür müssen Sie die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt haben. Die vereinbarten Leistungen ändern sich durch die Stundung nicht. Die Stundung beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Wir berechnen für eine Stundung keine Zinsen.

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

- vollständig in einem Betrag,
- in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten. Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Eine Rate muss mindestens 25 EUR betragen oder
- mit dem Guthaben aus den Überschüssen.
  Dies ist nur möglich, wenn Sie die Überschüsse verzinslich anlegen oder in einem Fonds anlegen. Mehr dazu finden Sie in § 13 Absatz 4.

Sie müssen innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information

- den offenen Betrag ausgleichen,
- eine Ratenzahlung vereinbaren oder
- eine Verrechnung mit dem Guthaben aus den Überschüssen vereinbaren.

Wenn Sie mit uns keine Vereinbarung getroffen haben, ziehen wir den offenen Betrag von dem Guthaben aus den Überschüssen ab. Wenn dies nicht ausreicht, ziehen wir den restlichen Betrag von Ihrem [→] Deckungskapital ab. Wenn kein Guthaben aus den Überschüssen vorhanden ist, ziehen wir den offenen Betrag ganz vom Deckungskapital ab. Wenn wir das Deckungskapital vermindern, verringern sich die garantierten Leistungen. Wir beenden diesen Vertrag,

- wenn das Deckungskapital nicht ausreicht, um den offenen Betrag auszugleichen, oder
- wenn die neue garantierte Rente geringer ist als 600 EUR im Jahr.

Nach einer Stundung ist eine weitere Stundung oder eine Beitragspause erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig ausgeglichen haben.

§ 24 Wie können Sie Ihre Beiträge stoppen?

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

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

Bitte beachten Sie: In den ersten Jahren der Laufzeit des Vertrags steht nur ein geringer Teil des Beitrags zur Verfügung, um Deckungskapital zu bilden (siehe § 21). **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 Ihre eingezahlten Beiträge.** Wie hoch die garantierten Leistungen nach einem Beitrags-Stopp sind, finden Sie in Ihrem [→] Versicherungsschein.

Wenn die neue garantierte Rente geringer ist als 600 EUR im Jahr, beenden wir den Vertrag. In diesem Fall zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

(3) Sie können nach einem Beitrags-Stopp einen neuen Vertrag abschließen, um den bisherigen Schutz bei Berufsunfähigkeit wieder herzustellen. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag beenden, weil die neue garantierte Rente nicht mindestens 600 EUR im Jahr beträgt. Für den neuen Vertrag verzichten wir darauf, das [→] Risiko erneut zu prüfen. Sie können eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder eine Rentenversicherung mit [→] BUZ abschließen. Dabei müssen Sie Folgendes beachten:

- Sie beantragen den neuen Vertrag innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Sie die Beiträge gestoppt haben.
- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.
- Wenn Sie eine Rentenversicherung mit BUZ wählen, gilt: Die Beitragsbefreiung darf höchstens 1.800 EUR im Jahr betragen.

Für den neuen Vertrag gelten die dann gültigen Tarife, Bedingungen und Steuerregelungen. Für die Gestaltungsmöglichkeiten nach § 25 Absätze 1 bis 4 gilt der Beginn des ursprünglichen Vertrags. 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. Ihre zum ursprünglichen Vertrag gemachten Angaben zu Gesundheit, Beruf und Einkommen werden auch Inhalt des neuen Vertrags. Dies müssen Sie uns bei Abschluss des neuen Vertrags nach einem Beitrags-Stopp bestätigen.

Wenn Sie bei früheren Verträgen mit uns die Anzeigepflicht vor Abschluss des Vertrags verletzt haben, gilt Folgendes: Die in § 3 genannten Folgen gelten auch für den neu beantragten Versicherungsschutz.

G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

§ 25 Was gilt bei der Ausbau- und der Nachversicherungsgarantie?

Mit unserer Ausbau- und Nachversicherungsgarantie können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen. Eine neue [→] Risikoprüfung ist dafür nicht notwendig. Die nachfolgenden Erhöhungsmöglichkeiten beziehen sich nur auf einen Ihrer Verträge mit Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsschutz. Diesen bezeichnen wir als den ursprünglichen Vertrag.

Wir erhöhen die Rente im bestehenden Vertrag. Bitte beachten Sie folgende Voraussetzungen:

- Der ursprüngliche Vertrag besteht noch keine zehn Jahre. Bitte beachten Sie die besonderen Fristen bei der Ausbaugarantie.
- Sie zahlen für den ursprünglichen Vertrag noch Beiträge.

Sie können die Rente in einem neuen Vertrag erhöhen. Bitte beachten Sie dazu Folgendes:

- Es gelten die dann gültigen Tarife, Bedingungen und Steuerregelungen sowie
- unsere dann gültigen Annahmerichtlinien (zum Beispiel zur Rentenhöhe und zum Endalter für bestimmte Berufe und Studiengänge).
- Sie zahlen für einen bei uns bestehenden Vertrag mit Berufsunfähigkeitsschutz noch Beiträge. Dies muss nicht der ursprüngliche Vertrag sein.
- Sie können eine Rentenversicherung mit BUZ oder eine Grundfähigkeitsversicherung abschließen. Zusätzliche Möglichkeiten, den neuen Vertrag zu erweitern, finden Sie in Absatz 5.
  Wenn im ursprünglichen Vertrag [→] Zuschläge vereinbart sind, ist eine Grundfähigkeitsversicherung nicht wählbar.
- Sie können eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen, wenn der ursprüngliche Vertrag bereits zehn Jahre besteht oder Sie den neuen Vertrag erweitern (siehe Absatz 5).

Bitte beachten Sie:

- In folgenden Fällen bieten wir keine Ausbau- und Nachversicherungsgarantie: Der Abschluss des ursprünglichen Vertrags erfolgte ohne [→] Risikoprüfung oder mit einer [→] vereinfachten Risikoprüfung.
- Die in § 3 genannten Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht gelten auch für alle Gestaltungsmöglichkeiten.

Ausbaugarantie

(1) Mit der Ausbaugarantie können Sie die Berufsunfähigkeitsrente erhöhen.

Es gelten folgende Voraussetzungen:

- Sie können 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 der Versicherte nicht älter als 20 Jahre ist.
- Der Versicherte ist nicht älter als 40 Jahre, wenn Sie die Ausbaugarantie ausüben.
- Sie erhöhen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente um insgesamt höchstens 6.000 EUR.
- Die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus allen bei uns bestehenden Verträgen beträgt höchstens 36.000 EUR. Dazu zählt auch die neu versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Erhöhungen aus der [→] Dynamik zählen nicht dazu.

Nachversicherungsgarantie

(2) Mit der Nachversicherungsgarantie können Sie den Berufsunfähigkeitsschutz bei Eintritt bestimmter Ereignisse erhöhen.

Es gelten folgende Voraussetzungen:

- Der [→] Versicherte ist nicht älter als 50 Jahre, wenn Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben.
- Das Ereignis ist während der Dauer des Vertrags eingetreten.
- Sie erhöhen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente je Ereignis um höchstens 6.000 EUR.

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

- heiratet,
- bekommt oder adoptiert ein Kind,
- nimmt seine berufliche Tätigkeit nach der gesetzlichen Elternzeit wieder auf; dies gilt nur, wenn der Versicherte nicht schon wegen Geburt oder Adoption des Kindes erhöht hat,
- lässt sich scheiden oder lässt eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufheben,
- wird volljährig,
- beginnt erstmals ein Studium,
- beginnt erstmals eine Berufsausbildung,
- schließt eine akademische Weiterqualifikation ab (zum Beispiel Facharztausbildung, Bachelor, Staatsexamen, Promotion); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht,
- schließt eine Meisterprüfung erfolgreich ab,
- erhält Prokura,
- 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 für den Fall einer Berufsunfähigkeit 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.
- nimmt ein Darlehen von mindestens 50.000 EUR im Zusammenhang mit seiner gewerblichen oder freiberuflichen Tätigkeit auf.

Bei den folgenden drei Ereignissen gilt: Sie können die jährliche Rente in einem Schritt um bis zu 12.000 EUR erhöhen. Der Versicherte

- 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 jährliches Bruttoeinkommen im Vergleich zum Vorjahr 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.

Zusätzliche Nachversicherungsgarantie für Berufseinsteiger

(3) Mit dieser Nachversicherungsgarantie können Sie die jährliche Berufsunfähigkeitsrente um bis zu 18.000 EUR erhöhen.

Als Berufseinsteiger gilt der [→] Versicherte, wenn

- er eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen hat und
- im Anschluss erstmals eine Berufstätigkeit aufnimmt und
- nicht älter als 35 Jahre ist.

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

- einen Arbeitsvertrag erhalten hat und

– eine berufliche Tätigkeit ausübt, die seiner Ausbildung entspricht und
– ein seiner Ausbildung entsprechendes Gehalt bezieht. Dies muss er uns nachweisen.

Bitte beachten Sie folgende Voraussetzungen: Sie müssen in Ihrem ursprünglichen Vertrag eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert haben. Für diese zahlen Sie noch Beiträge. Der Berufseinstieg muss während der Dauer des Vertrags eingetreten sein.

Gemeinsame Regelungen für die Ausbau- und Nachversicherungsgarantie

(4) Für Erhöhungen aus der Ausbau- und Nachversicherungsgarantie nach den Absätzen 1 bis 3 gilt Folgendes:

– Sie können die jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus Absatz 1 und 2 insgesamt höchstens um 18.000 EUR erhöhen. Die Erhöhung für Berufseinsteiger nach Absatz 3 kann zusätzlich erfolgen. Dann dürfen die Erhöhungen aus den Absätzen 1 bis 3 zusammen 30.000 EUR nicht übersteigen.
– Wenn Sie in einem neuen Vertrag erhöhen und 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.
– Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.
– Wenn der Versicherte bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus bei uns bestehenden Verträgen erhalten hat, gilt: Wir können die Gestaltungsmöglichkeiten einschränken oder ausschließen.
– Die Berufsunfähigkeitsrente muss in einem [→] angemessenen Verhältnis zum Einkommen des Versicherten aus Erwerbstätigkeit stehen. Das Einkommen müssen Sie uns auf Verlangen nachweisen.
– Die Höhe des Beitrags richtet sich danach, wie wir das [→] Risiko beim ursprünglichen Vertrag eingestuft haben. Wenn wir dort [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen vereinbart haben, gelten diese auch für die Erhöhungen.

Zusätzliche Erweiterungsmöglichkeiten

(5) Wenn Sie eine der Erhöhungsmöglichkeiten ausüben und dafür einen neuen Vertrag abschließen, gilt: Sie können

– zusätzlich eine [→] Dynamik vereinbaren und/oder
– ein höheres Endalter für den Versicherungsschutz festlegen. Dies gilt nur, wenn Sie für den ursprünglichen Vertrag ein Endalter von mindestens 60 Jahren vereinbart haben.

Bei diesen beiden Erweiterungsmöglichkeiten führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch.

Wenn Sie bei Abschluss des neuen Vertrags einer [→] vereinfachten Risikoprüfung zustimmen, gilt: Sie können beantragen, den Versicherungsschutz um Folgendes zu erweitern:

– Garantierte Steigerung der Rente
– Einmalige Leistung
– Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit
– [→] Beitragsfreie Dynamik für die Rentenversicherung

§ 26 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten gibt es?

Verlängerung des Versicherungsschutzes

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in

– der Deutschen Rentenversicherung oder
– den berufsständischen Versorgungswerken

erhöht wird, können Sie Ihren 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, jedoch nicht länger als fünf Jahre. 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. Ihre 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.

Wenn Sie Ihren Vertrag verlängern wollen, gelten folgende Voraussetzungen:

– Sie beantragen die Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten, nachdem die gesetzliche Änderung in Kraft getreten ist,
– die Dauer bis zum Ende des Vertrags beträgt zum Zeitpunkt der Verlängerung mindestens fünf Jahre,
– der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben,
– das Endalter des ursprünglichen Vertrags beträgt mindestens 62 Jahre,
– das neue Endalter entspricht unseren dann gültigen Annahmerichtlinien und
– Sie zahlen für Ihren Vertrag noch Beiträge.

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

Herabsetzung des Beitrags

(2) Sie können Ihre Beiträge herabsetzen, sofern die verbleibende garantierte Rente mindestens 600 EUR im Jahr beträgt. Wenn Sie Ihre Beiträge herabsetzen, gehen wir vor wie bei einem Beitrags-Stopp nach § 24.

Garantierte Steigerung der Rente

(3) Wenn Sie vereinbart haben, dass Ihre 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

(4) 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. Wir können die Senkung des Beitrags von einer erneuten [→] Risikoprüfung abhängig machen.

Bitte beachten Sie: In folgenden Fällen verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung: Der Versicherte

– ist nicht älter als 35 Jahre und
– wechselt seinen Beruf innerhalb der ersten 5 Jahre nach Beginn des Vertrags und
– übt den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten aus.

Als Berufswechsel gilt auch: Der Versicherte erhält Führungsverantwortung oder schließt eine akademische Weiterqualifizierung ab.

Für Schüler, Studenten und Auszubildende gelten folgende Voraussetzungen:

– Der Versicherte war bei Beginn des Vertrags nicht älter als 20 Jahre und
– der Vertrag besteht noch keine zehn Jahre.

Wir verzichten in diesen Fällen auf eine erneute Risikoprüfung bei Eintritt folgender Ereignisse: Der Versicherte

– wechselt in eine andere Schulform,
– wechselt in die gymnasiale Oberstufe,
– beginnt erstmals ein Studium,
– beginnt ein Aufbaustudium (z.B. Master oder MBA) nach einem erfolgreich abgeschlossenen Hochschulstudium,
– beginnt erstmals eine Berufsausbildung,
– nimmt erstmals eine Berufstätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer Ausbildung oder eines Studiums auf.

Den Berufswechsel oder den Eintritt eines Ereignisses müssen Sie uns innerhalb von zwölf Monaten nach Erfüllen der Voraussetzungen nachweisen.

Weitere Voraussetzungen: Der Versicherte ist oder war nicht bereits berufsunfähig, hat noch keinen Antrag auf Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt und der Vertrag wurde nicht beitragsfrei gestellt.

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

§ 27 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat dies?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines Monats in [→] Textform kündigen. In diesem Fall zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

I. SONSTIGES

§ 28 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht zufrieden sind, wenden Sie sich gerne an unsere interne Beschwerdestelle. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Alte Leipziger Lebensversicherung a.G.
Alte Leipziger-Platz 1
61440 Oberursel
E-Mail: leben@alte-leipziger.de
Internet: www.alte-leipziger.de

(2) Wenn Verhandlungen mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt haben, gibt es weitere Beschwerdemöglichkeiten:

Versicherungsombudsmann e.V.

Sie können sich als [→] Verbraucher an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Versicherungsaufsicht

Sie können sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Bitte beachten Sie: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 29 Welche unserer Regelungen können geändert werden?

Beitrags- und Leistungsänderungen

(1) Wir sind nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der Leistungsbedarf ändert sich nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den [→] Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags.
2. Der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag ist angemessen und erforderlich, um die versicherten Leistungen dauerhaft zu gewährleisten.
3. Ein unabhängiger Treuhänder hat die neuen Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der vorhergehenden Punkte überprüft und bestätigt.

Wir dürfen den Beitrag nicht ändern, wenn

- unsere Erst- oder Neuberechnungen unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Wenn Sie für den Vertrag keine Beiträge mehr zahlen (beitragsfreier Vertrag), sind wir berechtigt, die Leistungen herabzusetzen.

Die Neufestsetzung des Beitrags oder der Leistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die Änderung und die hierfür notwendigen Gründe mitgeteilt haben.

Ein Treuhänder ist nicht erforderlich, wenn für die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung die Genehmigung der Aufsichtsbehörde notwendig ist.

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

Nachträgliche Bedingungsanpassungen

(2) Wenn eine Regelung in diesen Bedingungen durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder

– einen bestandskräftigen Verwaltungsakt (zum Beispiel der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden)

für unwirksam erklärt wird, können wir diese durch eine neue Regelung ersetzen. Dies ist in § 164 Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Wir können eine Regelung nur ersetzen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

– Die neue Regelung ist notwendig, um den Vertrag fortzuführen oder
– das Festhalten an dem Vertrag stellt ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte dar.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der [→] Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird nach zwei Wochen Bestandteil des Vertrags, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür notwendigen Gründe mitgeteilt haben.

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

Absicherung der Arbeitskraft

Hierzu gehören alle Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/minderungs- und Grundfähigkeitsabsicherungen.

Abstrakte Verweisung

Der Verzicht auf die abstrakte Verweisung bedeutet, dass wir auch in folgendem Fall leisten:

– 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.

Angemessenes Verhältnis zum Einkommen

Als angemessen gilt bei Arbeitnehmern: 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 alle bestehenden und beantragten [→] Absicherungen der Arbeitskraft des Versicherten. Weitere Details zum angemessenen Verhältnis stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Arglistig

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.

Begünstigter

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.
Für Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Erwerbsminderungsversicherung, Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung gilt Folgendes: Der Begünstigte muss der Versicherte selbst oder ein naher Angehöriger des Versicherten im Sinne des § 15 Abgabenordnung oder des § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sein. Nicht zugelassen werden jedoch der Verlobte und der Lebensgefährte. Unter Lebensgefährten verstehen wir Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, jedoch nicht verheiratet oder verpartnert sind.
Weitere Informationen hierzu finden Sie in unserer Steuerinformation unter

	dem Punkt C Versicherungsteuer. Den genauen Wortlaut der Gesetze finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.
Beitragsfreie Dynamik	Die Leistungen des Hauptvertrags (Rentenversicherung) und aller in die [→] Dynamik eingeschlossenen Zusatzversicherungen erhöhen sich durch die Dynamik weiter. Ausnahme: Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente gewählt haben, erhöht sich diese nicht. Solange der [→] Versicherte berufsunfähig ist, müssen Sie keine Beiträge für die Dynamik zahlen.
Bewertungsreserven	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.
Bruttoeinkommen	Als relevantes Bruttoeinkommen betrachten wir die Einkünfte des Versicherten aus nichtselbständiger Tätigkeit. Bei Selbständigen ist dies der Gewinn vor Steuern. Die Steuer und die Sozialversicherungsbeiträge sind nicht abgezogen.
BUZ	Zusatzversicherung für den Fall einer Berufsunfähigkeit.
Chemotherapie	Behandlung von Krebs mit chemischen Substanzen, die die Teilung von Tumorzellen und sich schnell teilenden Körperzellen verhindern oder verzögern (Zytostatika). Bei der Immuntherapie, zum Beispiel mit monoklonalen Antikörpern, handelt es sich nicht um eine Chemotherapie.
Deckungskapital	Das Deckungskapital ist eine rechnerische Größe Ihres 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 1 % pro Jahr.
Demenz	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).
Dynamik	Wenn Sie in Ihren Vertrag eine Dynamik eingeschlossen haben, erhöhen wir automatisch jährlich Ihren Beitrag. Dadurch steigen die vereinbarten Leistungen. Das [→] Risiko prüfen wir dabei nicht erneut.
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.

Hausfrauen/-männer

Die beruflichen Tätigkeiten von Hausfrauen und Hausmännern umfassen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Führung eines Haushalts. Zum Beispiel: Aufräumen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Kochen. Auch Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Familie gehören dazu. Zum Beispiel Kinder erziehen oder Angehörige pflegen.

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 Ihren 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.

Krebs

Wir nennen eine Krebserkrankung kurz Krebs. Sie liegt vor, wenn ein bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) diagnostiziert wird. Dieser muss durch folgende drei Merkmale gekennzeichnet sein:

- unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen,
- Eindringen in umliegendes Gewebe sowie
- einer Tendenz, Metastasen zu bilden.

Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

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 zurechtfinden. 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.

Palliative Therapie

Liegt vor, wenn bei [→] Krebs nur die Symptome lindernd behandelt werden, ohne dass der Krebs geheilt werden soll. Die durchschnittliche Lebenserwartung aufgrund des Krebses beträgt weniger als fünf Jahre.

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 1 % 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 Ihren 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 Beitragsrückerstattung

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 Bürgerliches Gesetzbuch 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. Nicht zu den Selbständigen im Sinne der Umorganisation zählen: Vorstände, nicht beherrschende Geschäftsführer und Arbeitnehmer mit Direktionsbefugnissen.

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 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: Ihr 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 x 15 %) + ((1.000 x 25 %) x 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 in Ihrem [→] 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.

Strahlentherapie

Behandlung von [→] Krebs durch ionisierende Strahlung oder Teilchenstrahlung (Radiotherapie).

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 Bürgerliches Gesetzbuch 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 Ihrem Vertrag gutschreiben.

Überschusssatz

Anhand der Überschusssätze 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.

Verbraucher

Jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können.

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.

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.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über den Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrem 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 sich das Risiko erhöht, weil der [→] Versicherte ein Leiden hat oder ein gefährliches Hobby ausübt.