

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?	9
§ 10 Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben?	10
§ 11 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?	11
§ 12 In welchen Fällen leisten wir nicht?	12
C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN	13
§ 13 Wie erhöhen sich die Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven?	13
D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN	15
§ 14 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus diesem Vertrag erhalten möchten?	15
§ 15 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?	16
§ 16 Was müssen Sie beachten, während wir leisten?	16
§ 17 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?	17
§ 18 Wer erhält die Leistungen?	17
E. BEITRÄGE UND KOSTEN	17
§ 19 Wie müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?	17
§ 20 Was geschieht, wenn wir einen Beitrag nicht rechtzeitig einziehen konnten?	18
§ 21 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?	18
§ 22 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?	19
F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN	19
§ 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?	19
§ 24 Wie können Sie Ihre Beiträge stoppen?	20
G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN	20

§ 25 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Abschluss des Vertrags?	20
H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS	22
§ 26 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat dies?	22
ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN	23

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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. Der Text wird dadurch übersichtlicher und verständlicher.

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

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. Teilweise verwenden wir statt Fachbegriffen leichter verständliche Wörter, zum Beispiel Beitrags-Stopp statt Beitragsfreistellung. Wir erwähnen im folgenden Text auch den Fachbegriff, damit Sie den Fachbegriff in anderen Unterlagen besser wiedererkennen können. In anderen Unterlagen finden Sie eventuell nur den Fachbegriff.

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. Die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz finden Sie in den zusätzlichen Bedingungen.

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

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

§ 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.

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

Der verschwiegene Umstand war nicht die Ursache dafür, dass

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

Kündigung

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

(4) Wenn Sie 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, wenn innerhalb dieser fünf Jahre ein [→] Versicherungsfall eingetreten ist. Dann können wir unsere Rechte auch nach Ablauf dieser Frist ausüben. Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] vorsätzlich oder [→] arglistig verletzt haben, verlängert sich die Frist auf zehn Jahre.

Anfechtung

(7) Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] arglistig verletzen, können wir den Vertrag anfechten. Dann erlischt der Vertrag von Anfang an und wir erbringen keine Leistungen. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte die Anzeigepflicht verletzt, ohne dass Sie davon wussten.

Leistungserhöhung

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

beginnen für den geänderten Teil ab dem Zeitpunkt der Erhöhung erneut zu laufen.

Folgen des Rücktritts / der Anfechtung / der Kündigung

(9) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten, endet Ihr Versicherungsschutz. Wir zahlen Ihnen dann weder einen Rückkaufswert, noch erstatten wir die Beiträge. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp vor (§ 24). Sie zahlen in diesem Fall keine Beiträge mehr.

§ 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 ins Ausland verlegen, sind für Klagen 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:
Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich jährlich um einen festen Prozentsatz, während der Versicherte berufsunfähig ist. Die Rente steigt zu Beginn eines jeden [→] Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Berufsunfähigkeit. Wenn der Versicherte später erneut berufsunfähig wird, zahlen wir die zuletzt erreichte Berufsunfähigkeitsrente weiter. Bisherige Erhöhungen aus der garantierten Steigerung der Rente bleiben also erhalten. Künftig erhöht sich die Rente weiter. Dafür berechnen wir den vereinbarten Prozentsatz auf die zuletzt erreichte Rente. Dazu zählen auch der erreichte Rentenzuwachs (siehe § 13 Absatz 6) und die Erhöhungen durch die [→] Dynamik.
- Einmalige Leistung:
Wenn der Versicherte zum ersten Mal berufsunfähig wird, erhalten Sie 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 0,9 % pro Jahr und
- unseren Annahmen zum Eintritt des versicherten [→] Risikos.

Zusätzlich zu den garantierten Leistungen erhalten Sie Leistungen aus Überschüssen. Mehr dazu finden Sie in § 13.

Beginn und Ende der Leistungen

(3) Unsere Leistungen beginnen zum Anfang des Monats, nach dem der [→] Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn wir die Leistungen erst später zusa- gen, leisten wir rückwirkend.

Unsere Leistungen enden, wenn

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

(4) Sie können eine [→] Karenzzeit vereinbaren. In diesem Fall zahlen Sie einen geringeren Beitrag. Wir zahlen dann die Rente erstmals zum Anfang des Monats, nach dem die Karenzzeit endet. Bedingung: Der [→] Versicherte war während der Karenzzeit ununter- brochen 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, nach dem der Ver- sicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn der Ver- sicherte während der Dauer des Versicherungsschutzes erneut berufsunfähig wird, rechnen wir die bereits zu- rückgelegte Karenzzeit an. Folgende Bedingungen müssen hierfür erfüllt sein:

- Der Versicherte wird innerhalb von 24 Monaten er- neut berufsunfähig.
- Die erneute Berufslosigkeit hat dieselbe Ursache.

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

(5) Sie können eine [→] Leistungsdauer vereinbaren, die länger ist als die Dauer des Versicherungsschutzes. 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 Versiche- rungsschutzes erneut wegen der ursprünglichen Ur- sache berufsunfähig. Dies gilt, wenn wir in der Zwi- schenzeit 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 berate- n und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allge- mein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläu- tern Ihnen zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten. Wir helfen dem [→] Versicherten auch dabei, sich wieder in den Beruf einzugliedern. Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschrei- ben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maß- nahmen für die medizinische und berufliche Reha- bilitation zu ergreifen,
- wie Selbständige ihren Betrieb umorganisieren kön- nen.

Beiträge während der Prüfung der Leistungspflicht

(7) Bis wir entschieden haben, ob wir leisten oder nicht, müssen Sie die Beiträge weiter zahlen. Wenn wir leis- ten, 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 ent- schieden haben. Für diese Stundung müssen Sie keine Zinsen zahlen. Wenn wir Ihren Antrag auf Leistung an- nehmen, 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 [→] Deckungskapital verrechnen, sofern dies in ausreichender Höhe vorhanden ist. Wir ziehen dann die gestundeten Beiträge vom Deckungskapital ab. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen aus diesem Vertrag.

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:

Maßgeblich für die Beurteilung, ob der Versicherte berufsunfähig ist, ist sein zuletzt ausgeübter Beruf. 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 im konkreten Einzelfall ausgeübte Tätigkeit maßgeblich.

Wir verzichten auf eine [→] abstrakte Verweisung.

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 des Betriebs 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.

Wenn wir nicht leisten, weil der Versicherte seinen Betrieb umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe. Diese beträgt sechs Monatsrenten. Wird der Versicherte innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig, verrechnen wir die einmalige Hilfe mit den Renten.

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 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. Dabei legen wir den Begriff der vollen Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 21.12.2015 zugrunde. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.
- Der Versicherte ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.
- Dieser Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren.

Der Versicherte muss uns auf Verlangen nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt.

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

Infektionsgefahr

(6) Wenn der [→] Versicherte in einem der folgenden Berufe arbeitet, kann er auch wegen einer Infektionsgefahr als berufsunfähig gelten:

- 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.

In diesen Berufen kann Folgendes geschehen: Aufgrund einer vom Versicherten ausgehenden Infektionsgefahr kann es ihm vollständig verboten sein, Patienten

zu behandeln. In diesem Fall gilt der Versicherte als berufsunfähig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Das Tätigkeitsverbot muss sich aus einer Rechtsvorschrift ergeben oder behördlich angeordnet sein.
- Das Tätigkeitsverbot gilt für einen 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. Für Human- und Zahnmediziner sowie Studenten der Human- und Zahnmedizin gilt davon abweichend: Wenn ein solches Schreiben nicht vorliegt, kann die Gefahr der Ansteckung auch von uns beurteilt werden. Dies muss anhand objektiver Kriterien geschehen und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Im Zweifel holen wir dazu ein Gutachten eines anerkannten Hygienikers ein.

Ausstieg aus dem Beruf

(7) Wenn der [→] Versicherte vorübergehend oder endgültig nicht mehr erwerbstätig ist, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Wir prüfen dann Folgendes: Ist der Versicherte berufsunfähig hinsichtlich des Berufs, den er vor dem Ausstieg zuletzt ausgeübt hat.

Es gelten auch in diesem Fall die Regelungen der Absätze 1 und 2. Wir verzichten auch hier auf eine [→] abstrakte Verweisung für die restliche Vertragsdauer.

§ 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 15 Monaten. Die Leistungen entsprechen denen, die Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbart haben (siehe § 7 Absatz 1).

Voraussetzung hierfür ist: Der Vertrag besteht zum Zeitpunkt der ersten Diagnose mindestens sechs Monate. Diese Voraussetzung gilt auch für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer [→] Dynamik.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der 15 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 Paragraphen 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, nach dem der [→] Versicherte nach Absatz 2 an [→] Krebs erkrankt ist.

(4) Unsere Leistungen enden, wenn

- wir für 15 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 15 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 15-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 Unterlagen vollständig 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 15-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 Paragraphen nichts anderes geregelt ist, gelten die übrigen Regelungen 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 nur, wenn der Versicherte zum ersten Mal berufsunfähig wird. Wir zahlen also 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 Krankmeldungen durch einen Facharzt ausgestellt worden sein.

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen in ihrer Form den Vorschriften des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz entsprechen. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Wenn der Versicherte kein Arbeitnehmer ist, genügt ein entsprechendes ärztliches Attest.

Dies gilt zum Beispiel auch für Beamte, Selbständige, Studenten, Schüler und Hausfrauen /-männer.

Wir sehen Folgendes nicht als Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit an: Wenn der Versicherte während einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch seine bisherige Tätigkeit teilweise verrichtet.

(4) 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: 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.

Bitte beachten Sie: Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit zu erhalten.

Beginn und Ende der Leistungen

(5) 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.

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

(6) Unsere Leistungen beginnen zum Anfang des Monats, nach dem 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 die letzte Krankmeldung fällt oder
- wenn wir bereits für 24 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt haben.

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn der Versicherte wieder arbeitsfähig 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.

Beantragen von Leistungen

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

- Die in Absatz 3 genannten ärztlichen Bescheinigungen wegen 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 vollständig bei uns eingegangen sind, geschieht Folgendes: Wir werden innerhalb von fünf Arbeitstagen entscheiden, ob wir Leistungen erbringen oder weitere Unterlagen benötigen.

Bitte beachten Sie: 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, ob der Versicherte nach § 8 berufsunfähig ist und teilen Ihnen mit, ob wir leisten.

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 hierfür keinen [→] Rückkaufswert aus.

§ 11 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?

(1) Der [→] Versicherte ist auch berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig ist. Soweit in diesem Paragraphen 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 so hilflos, dass er in erheblichem Umfang täglich Hilfe benötigt.
- Der Versicherte ist bereits sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und der Zustand

dauert an. Der Versicherte gilt dann als pflegebedürftig von Beginn dieses Zeitraums an und wir leisten rückwirkend.

Ursache:

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

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

Außerdem leisten wir in folgenden Fällen:

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

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

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

(3) Tätigkeiten des täglichen Lebens:

– Bewegen im Zimmer

Der [→] Versicherte kann sich nicht ohne fremde Hilfe im Zimmer bewegen. Er benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn er eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

– Aufstehen und Zubettgehen

Der Versicherte kann nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.

– Essen und Trinken

Der Versicherte kann nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken. Er kann dies auch nicht, wenn er krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.

– Toilette

Der Versicherte benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil er

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- nicht allein zur Toilette gelangen kann, sondern eine Bettschüssel verwenden muss oder weil

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

Ausnahme: Es liegt keine Pflegebedürftigkeit vor, wenn

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

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

Unterlagen

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

(7) Wenn der [→] Versicherte nicht mehr pflegebedürftig und auch nicht berufsunfähig nach § 8 ist, leisten wir nicht mehr. Wir teilen Ihnen die Gründe dafür mit. Mehr zum Einstellen von Leistungen finden Sie in § 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 haben widerrechtlich gehandelt und dadurch vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt.
- Der Versicherte ist berufsunfähig geworden durch Strahlen infolge von Kernenergie. Dies gilt nur, wenn die Strahlen das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Strahlen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.
- Der Versicherte hat bei inneren Unruhen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen.
- Der Versicherte wird bei kriegerischen Ereignissen berufsunfähig.

Wir leisten trotzdem, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

1. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig

- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen,
- außerhalb Deutschlands und
- er war an den Ereignissen nicht aktiv beteiligt.

2. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig

- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen,
- außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten 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 Paragraphen erläutern wir Ihnen, wie

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

Wir veröffentlichen die [→] Überschussätze jährlich im Geschäftsbericht. Wenn wir eine Rente zahlen, finden Sie auch die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven im Geschäftsbericht. Wie hoch Ihre [→] Überschussanteile tatsächlich sind, können Sie unseren jährlichen Mitteilungen entnehmen. **Bitte beachten Sie:** Ob und in welcher Höhe wir Sie an Überschüssen und Bewertungsreserven beteiligen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese können wir nicht vorhersehen und nur teilweise beeinflussen. Dies liegt unter anderem daran, dass Verträge in der Regel über eine lange Zeit laufen. Wichtig ist, wie sich die Kosten entwickeln sowie die Anzahl der Fälle einer Berufsunfähigkeit. Außerdem wissen wir nicht, wie sich in Zukunft die Kapitalmärkte entwickeln. **Daher können wir nicht garantieren, ob und in welcher Höhe wir Sie an Überschüssen und Bewertungsreserven beteiligen.**

Entstehen von Überschüssen

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

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

- wenn wir Erträge aus der Rückversicherung oder aus dem Stornoergebnis erzielen.

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

- aus Kapitalerträgen

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

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

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

Beteiligung an den Überschüssen

(3) Die auf die [→] Versicherungsnehmer entfallenden [→] Überschüsse können wir auf zwei Arten zuweisen: Einen Teil der Überschüsse können wir Verträgen im selben Jahr zuteilen. Damit erhöhen wir die Guthaben oder vermindern die Beiträge für diese Versicherungsnehmer. 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 Besonderheiten in Ausnahmefällen geregelt. Dies ist nur möglich, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt (siehe § 140 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

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

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

Bewertungsreserven

(4) In einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind keine oder nur geringe Beträge vorhanden, aus denen Kapitalerträge entstehen können. Deshalb sind auch keine oder nur geringe [→] Bewertungsreserven vorhanden.

Bei dem Tarif BV10 beteiligen wir Sie zu folgenden Zeitpunkten an den Bewertungsreserven:

- wenn der [→] Versicherte stirbt,
- wenn Sie kündigen oder
- wenn der Vertrag endet.

Wenn Sie eine Rente erhalten, erhöhen wir mit der Beteiligung an den Bewertungsreserven Ihre Rente. In allen anderen oben genannten Fällen zahlen wir den Betrag aus.

Wir ermitteln jeden Monat neu, welche Bewertungsreserven wir nach gesetzlichen Vorschriften verteilen können. Die ermittelten Bewertungsreserven ordnen wir den einzelnen Verträgen zu. Dabei berücksichtigen wir, wie die Verträge zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen haben. Wir ermitteln und verteilen die Bewertungsreserven so, wie im Gesetz vorgesehen (siehe § 153 Versicherungsvertragsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Bitte beachten Sie: Die Höhe der Bewertungsreserven hängt davon ab, wie sich die Kapitalmärkte entwickeln. Weil die Kapitalmärkte schwanken, kann Ihre Beteiligung höher oder niedriger ausfallen. **Sie kann sogar ganz entfallen.** Auch aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(5) 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:

- Wir verrechnen die Überschussanteile mit den Beiträgen (Beitragsverrechnung).
- Wir legen die Überschussanteile verzinslich an.
- Wir legen die Überschussanteile in einem Fonds an.

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.

Verzinslich anlegen (nur bei Tarif BV10):

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile an. Dieses Guthaben verzinsen wir mit dem [→] Rechnungszins von 0,9 % pro Jahr. Der Zinssatz erhöht sich durch den jährlichen Überschussanteil für verzinsliche Anlagen. Daraus ergibt sich der Gesamtzins. Mit diesem Gesamtzins verzinsen wir das Guthaben jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahrs. Sie erhalten die Überschussanteile erst später, als wenn wir sie mit Ihren Beiträgen verrechnen. Als Ausgleich dafür bekommen Sie höhere jährliche Überschussanteile. Wir zahlen das Guthaben der verzinslichen Anlage aus,

- wenn der [→] Versicherte stirbt,
- wenn Sie kündigen oder
- wenn der Vertrag endet.

Das verzinslich angelegte Guthaben erhöht sich um die Beteiligung an den [→] Bewertungsreserven. Wenn der Versicherte berufsunfähig wird, gilt: Wir verzinsen das Guthaben weiter mit dem Gesamtzins.

In einem Fonds anlegen:

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile in einem Fonds an. Sie erhalten die Überschussanteile erst später, als wenn wir sie mit Ihren Beiträgen verrechnen. Als Ausgleich dafür bekommen Sie höhere jährliche Überschussanteile. Genauere Informationen finden Sie in den Zusatzbedingungen.

Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(6) 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, nach dem 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.

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, nach dem der Versicherte berufsunfähig geworden ist.

Unterlagen

(2) Wenn Sie Leistungen beanspruchen, müssen Sie uns folgende Unterlagen vorlegen:

- Eine Darstellung der Ursachen, die zur Berufsunfähigkeit des [→] Versicherten geführt haben.
- Ausführliche 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
- den Grad der Berufsunfähigkeit.

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

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

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

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

- Lohn- und Gehaltsabrechnungen,
- Steuerbescheide,
- Gewinn- und Verlustrechnungen,
- Bilanzen und
- bei Bedarf zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

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

Ärztliche Empfehlungen

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

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
 - gefahrlos sind,

- nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten dadurch verbessert.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 uns eine Person benennen, die die Leistungen erhalten soll. Diese Person nennen wir Begünstigter. Wenn Sie keinen Begünstigten benennen, zahlen wir an Sie oder an Ihre Erben.

Sie können den Begünstigten auf zwei Wegen in [→] Textform 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.

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.

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

- Abschluss- und Vertriebskosten und
- übrige Kosten.

Diese Kosten sind bereits im Beitrag enthalten.

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

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.

Die übrigen Kosten ziehen wir von jedem Beitrag ab. Ab Rentenbeginn berechnen wir Verwaltungskosten in Prozent der gezahlten Renten.

Den genauen Betrag der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

§ 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 in Ihrem Produktinformationsblatt.

(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

§ 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?

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

Sie können mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen. 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 Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach den Zinssätzen, die zu Beginn der Stundung gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Sie sind arbeitslos,
- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel einen Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks. Wenn keiner der genannten Fälle mehr zutrifft, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere Stundung berechnen wir dann Zinsen.

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

Sie sollten innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information beginnen, den offenen Betrag auszugleichen. Sonst ziehen wir den offenen Betrag von Ihrem Guthaben ab. Dadurch verringern sich die garantierten Leistungen. Wenn das Guthaben nicht ausreicht, um den offenen Betrag auszugleichen, beenden wir diesen Vertrag.

Eine neue Stundung ist 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.

Wenn Sie Ihre Beiträge nur teilweise stoppen wollen, beachten Sie bitte Folgendes: Die verbleibende garantierte Rente muss mindestens 600 EUR im Jahr betragen.

(2) Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, berechnen wir die garantierten Leistungen neu. Grundlage ist Ihr [→] Rückkaufswert zum Zeitpunkt, zu dem Sie Ihre Beiträge stoppen. Der Rückkaufswert ist das [→] Deckungskapital des Vertrags, nachdem wir die [→] Stornogebühr abgezogen haben. Auch wenn Sie keine Beiträge zahlen, ziehen wir jährlich die übrigen Kosten (§ 21 Absatz 3) von Ihrem Deckungskapital ab.

Bitte beachten Sie: Ein Beitrags-Stopp kann für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres 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 den Rückkaufswert aus.

(3) Sie können nach einem Beitrags-Stopp einen neuen Vertrag abschließen, um den ursprünglichen Schutz bei Berufsunfähigkeit wieder herzustellen. 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 sechs Monaten, nachdem Sie die Beiträge gestoppt haben.
- Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben, darf der Versicherte nicht arbeitsunfähig sein.
- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig.

Für den neuen Vertrag gelten die dann gültigen Tarife, Bedingungen und Steuerregelungen. 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 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Abschluss des Vertrags?

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

Sie können unter bestimmten Voraussetzungen den bestehenden Berufsunfähigkeitsschutz erweitern. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch.

Die Voraussetzungen finden Sie unter „Ausbaugarantie“ und „Garantie zur Nachversicherung“. Die gemeinsamen Regelungen finden Sie unter „Allgemeines zur Ausbaugarantie und Garantie zur Nachversicherung“.

Die Ausbaugarantie und Garantie zur Nachversicherung gelten nicht, wenn der Abschluss des Vertrags mit einer [→] vereinfachten Risikoprüfung erfolgt ist.

Ausbaugarantie

Mit der Ausbaugarantie können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente im bestehenden Vertrag erweitern oder einen neuen Vertrag abschließen. Wenn Sie die Ausbaugarantie nutzen möchten, beachten Sie bitte Folgendes:

- Dies muss innerhalb von fünf Jahren nach dem ursprünglichen Beginn des Vertrags geschehen. Wenn der [→] Versicherte bei Beginn des Vertrags jünger als 15 Jahre war, gilt: Sie können die Ausbaugarantie ausüben, bis der Versicherte 20 Jahre alt ist.
- Der Versicherte ist zu diesem Zeitpunkt nicht älter als 35 Jahre.

Garantie zur Nachversicherung

Mit der Garantie zur Nachversicherung können Sie Ihren Berufsunfähigkeitsschutz erweitern, indem Sie

einen neuen Vertrag abschließen. Wenn Sie die Garantie zur Nachversicherung nutzen möchten, beachten Sie bitte Folgendes:

- Die neue jährliche Rente bei Berufsunfähigkeit beträgt höchstens 6.000 EUR.
- Der [→] Versicherte ist nicht älter als 50 Jahre, wenn der neue Vertrag beginnt.

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

- heiratet,
- bekommt oder adoptiert ein Kind,
- lässt sich scheiden oder lässt eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufheben,
- beginnt ein Studium,
- nimmt eine berufliche Tätigkeit auf. Dies gilt dann, wenn er zuvor eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen hat.

Die neue jährliche Rente bei Berufsunfähigkeit darf 6.000 EUR übersteigen, wenn Sie ein Gehalt in entsprechender Höhe nachweisen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte eine berufliche Tätigkeit ausübt, die seiner Ausbildung entspricht. Auch dann darf die gesamte jährliche Rente aus allen bei uns bestehenden Versicherungen höchstens 30.000 EUR betragen. Dazu zählt auch die neu versicherte Rente. Erhöhungen aus der [→] Dynamik zählen nicht dazu.

- schließt eine akademische Weiterqualifikation ab (zum Beispiel Facharztausbildung, Bachelor, Staatsexamen); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht,
- schließt eine Meisterprüfung erfolgreich ab,
- macht sich hauptberuflich selbständig,
- wird als selbständiger Handwerker von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit,
- ist nicht mehr Pflichtmitglied in einem Versorgungswerk,
- verliert seine Ansprüche aus der betrieblichen Altersversorgung ganz oder teilweise,
- kauft eine Immobilie, die mindestens 50.000 EUR kostet. Es genügt auch, wenn er ein Darlehen für einen Aus- oder Umbau seiner Immobilie in derselben Höhe aufgenommen hat,

- überschreitet mit seinem jährlichen Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- erhält nachhaltig ein höheres Einkommen. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn
 - der Versicherte nicht selbständig ist,
 - sein Bruttojahreseinkommen im Vergleich zum Vorjahreseinkommen steigt und
 - diese Steigerung mindestens 10 % beträgt.
- erwirtschaftet nachhaltig einen höheren Gewinn. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn
 - der Versicherte selbständig ist,
 - sein durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre gestiegen ist und
 - diese Steigerung mindestens 30 % beträgt. Hierfür vergleichen wir die letzten drei Jahre mit den drei davor liegenden Jahren.

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

Allgemeines zur Ausbaugarantie und Garantie zur Nachversicherung

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

Bitte beachten Sie: Wenn der [→] Versicherte bei Abschluss des Vertrags Schüler, Student oder Hausfrau /-mann war, gilt Folgendes: Die Höhe des Beitrags für den neuen Vertrag richtet sich auch nach der Berufsgruppe des Versicherten. Hierbei berücksichtigen wir den ausgeübten Beruf zum Zeitpunkt der Nachversicherung.

Für die Ausbaugarantie und die Garantie zur Nachversicherung gelten folgende Voraussetzungen:

- Der [→] Versicherte ist nicht berufsunfähig.
- Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben, darf der Versicherte nicht arbeitsunfähig sein.
- Wenn Sie bei einer BUZ eine Rente mitversichern, beträgt diese mindestens 600 EUR im Jahr.

- Bei einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung beträgt die neue jährliche Rente mindestens 1.800 EUR.
- Die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus allen bei uns bestehenden Versicherungen beträgt höchstens 30.000 EUR. Dazu zählt auch die neu versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Erhöhungen aus der [→] Dynamik zählen nicht dazu.
- Wenn Sie eine Rentenversicherung mit BUZ wählen, gilt: Die gesamte Beitragsbefreiung aller bei uns bestehenden Verträge mit BUZ darf höchstens 12.000 EUR im Jahr betragen. Dazu zählt auch die neu versicherte Beitragsbefreiung. Erhöhungen aus der Dynamik zählen nicht dazu.
- Wenn Sie eine einmalige Leistung mitversichern, ist das Verhältnis zur neuen jährlichen Rente nicht höher als bei dem ursprünglichen Vertrag.
- Wenn Sie eine Rente mitversichern, muss diese in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen des Versicherten stehen. Das bedeutet: Die gesamte jährliche Rente darf höchstens 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens betragen. Bei Selbständigen darf die gesamte jährliche Rente höchstens folgende Höhe haben: 70 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre. Zur gesamten jährlichen Rente gehören auch die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeitsrente und andere Absicherungen für den Fall einer Berufsunfähigkeit.

Für einen neu abgeschlossenen Vertrag können Sie mit uns eine [→] Dynamik vereinbaren. Sie können außerdem ein neues Endalter für die Vertrags- oder [→] Leistungsdauer festlegen. Dieses kann höchstens das Alter 67 des Versicherten sein und ist vom Beruf abhängig. Bedingung: Sie haben bisher mit uns ein Endalter von mindestens 60 Jahren vereinbart.

Für einen neuen Vertrag besteht keine weitere Ausbaugarantie und Garantie zur Nachversicherung.

Die in § 3 genannten Folgen bei Verletzung der Anzeigepflichten gelten auch für den neu beantragten Versicherungsschutz.

Besonderheit zur Ausbaugarantie im bestehenden Vertrag

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

Garantierte Steigerung der Rente

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 der Berufsgruppe nach einem Berufswechsel

Wenn der [→] Versicherte seinen Beruf wechselt, können Sie die [→] Berufsgruppe prüfen lassen. Dazu müssen Sie uns den Berufswechsel in [→] Textform mitteilen. Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit des Versicherten in eine günstigere Berufsgruppe einstufen, geschieht Folgendes:

- Nachdem Ihre Mitteilung bei uns eingegangen ist, sinkt der künftig zu zahlende Beitrag.
- Wir ermitteln den Beitrag mit den [→] Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten.
- Vereinbarte [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert.

Bitte beachten Sie: Wir können eine Einstufung in eine günstigere Berufsgruppe von einer erneuten [→] Risikoprüfung abhängig machen.

Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit des Versicherten nicht in eine günstigere Berufsgruppe einstufen, gilt Folgendes: Die bisherige Berufsgruppe und der bisherige Beitrag bleiben unverändert. Wir können den Versicherten nicht in eine ungünstigere Berufsgruppe einstufen.

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS

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

(1) Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines Monats in [→] Textform kündigen.

Wenn Sie nur teilweise kündigen wollen, muss die verbleibende garantierte Rente mindestens 1.800 EUR im Jahr betragen.

(2) Wenn Sie kündigen, zahlen wir Ihnen den [→] Rückkaufswert nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz aus. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte. Der Rückkaufswert ist das [→] Deckungskapital Ihres Vertrags, nachdem wir die [→] Stornogebühr abgezogen haben.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben, ziehen wir diese vom Rückkaufswert ab.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres 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, um einen Rückkaufswert zu berechnen. Auch in den folgenden Jahren ist das Deckungskapital niedriger als Ihre eingezahlten Beiträge. Wie hoch die garantierten Rückkaufswerte sind, finden Sie in Ihrem [→] Versicherungsschein.

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

Abstrakte Verweisung	Der Verzicht auf die abstrakte Verweisung bedeutet, dass wir auch in folgendem Fall leisten: <ul style="list-style-type: none">– Der [→] Versicherte könnte eine Tätigkeit aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben und– diese Tätigkeit würde seiner bisherigen Lebensstellung entsprechen.
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.
Berufsgruppe	Der Beitrag hängt wesentlich von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf des [→] Versicherten ab. Hierzu ordnen wir die Berufe in verschiedene Berufsgruppen ein. Übt der Versicherte einen gefährlichen Beruf aus, zahlen Sie einen höheren Beitrag als in einem ungefährlichen Beruf. Zum Beispiel ist der Beitrag für einen Dachdecker höher als für einen kaufmännischen Angestellten.
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.
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.
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 0,9 % 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.
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.
Krebs	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">– unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen,– Eindringen in umliegendes Gewebe sowie– einer Tendenz Metastasen zu bilden. <p>Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.</p>
Leistungsdauer	Wenn der [→] Versicherte berufsunfähig ist, zahlen wir unsere Leistungen bis zum Ende der Leistungsdauer.
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

	<p>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.</p>
Palliative Therapie	<p>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.</p>
Rechnungsgrundlagen	<p>Sie dienen dazu, die Beiträge und die Leistungen zu berechnen. Zu den Rechnungsgrundlagen gehören zum Beispiel die Annahmen darüber, wie sich folgende Größen entwickeln: Das versicherte [→] Risiko, die Zinsen und die Kosten.</p>
Rechnungszins	<p>Ist der Zinssatz, mit dem wir das [→] Deckungskapital garantiert verzinsen. Wir garantieren für die gesamte Vertragsdauer einen Zinssatz von 0,9 % pro Jahr.</p>
Risiko	<p>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. Wir unterscheiden unsere Annahmen nicht nach dem Geschlecht. Das Risiko erhöht sich auch dann, wenn der Versicherte im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt ist.</p>
Risikoprüfung	<p>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.</p>
Rückkaufswert	<p>Den Rückkaufswert zahlen wir aus, wenn Sie kündigen. Wir berechnen ihn auf Grundlage von § 169 Versicherungsvertragsgesetz. In Ihrem [→] Versicherungsschein finden Sie die Rückkaufswerte, die wir bereits bei Abschluss des Vertrags garantieren. Die Rückkaufswerte erhöhen sich zum Beispiel, wenn wir [→] Überschüsse und [→] Bewertungsreserven zuteilen.</p>
Rückstellungen	<p>Sind Verbindlichkeiten, Verluste oder Aufwendungen, zu denen noch ungewiss ist, ob und in welcher Höhe sie entstehen. Sie sind Passivposten in der Bilanz.</p>
Rückstellung für Beitragsrückerstattung	<p>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.</p>
Sachdienliche Auskünfte	<p>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.</p>
Schriftform	<p>Wenn die Schriftform vorgeschrieben ist, müssen [→] Erklärungen zum Beispiel per Brief mit eigenhändiger Unterschrift erfolgen. Die Schriftform ist in</p>

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

Steuerlich ansässig

Begriff aus dem Bereich der Doppelbesteuerungsabkommen: Ein Steuerpflichtiger ist in folgendem Staat steuerlich ansässig: Staat, in dem er seinen Hauptwohnsitz hat und dem er deswegen aus der Sicht des Abkommens zugeordnet wird.

Stornogebühr

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

- Eine Kündigung oder ein Beitrags-Stopp führt zu Kosten in der Verwaltung.
- Wir verlieren einen Teil des [→] Deckungskapitals.
- Teile der Abschluss- und Vertriebskosten sind mitunter noch nicht gedeckt.
- Das [→] Risiko über alle [→] Versicherten verschlechtert sich, weil meistens nur gesunde Personen ihre Berufsunfähigkeitsversicherung kündigen.

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 $(1.000 \times 15\%) + ((1.000 \times 25\%) \times 10/10) = 400$ EUR. Für die Beitragszahlung und Vertragsdauer gelten jeweils die Zeiträume, die wir bei Beginn des Vertrags vereinbart hatten. Wie hoch die Stornogebühr in Euro ist, sehen Sie in Ihrem [→] Versicherungsschein in der Liste der garantierten [→] Rückkaufswerte. Von dem Rückkaufswert ziehen wir offene Beiträge ab.

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).

Textform

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

Überschüsse

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

Überschussanteil

Ist der Anteil an den erwirtschafteten [→] Überschüssen, den wir Ihrem Vertrag gutschreiben.

Überschussatz

Anhand der Überschussätze ermitteln wir die Höhe der [→] Überschussanteile für die einzelnen Verträge. Wir legen diese jährlich neu fest und veröffentlichen sie im Geschäftsbericht.

Unverzüglich	Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“ oder „so schnell wie eben möglich“.
Verantwortlicher Aktuar	Ist ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger. Jeder Lebensversicherer muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Dieser achtet insbesondere darauf, dass der Versicherer die Garantien gegenüber seinen [→] Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllen kann.
Vereinfachte Risikoprüfung	Wir prüfen das [→] Risiko auf der Grundlage einer geringeren Anzahl von Fragen an den [→] Versicherten. Oder wir verwenden eine so genannte einfache oder erweiterte Dienstobliegenheitserklärung. Dies ist zum Beispiel eine Erklärung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Dienst voll ausübt.
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 unseren 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 der [→] Versicherte ein Leiden hat oder ein gefährliches Hobby ausübt.