

Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsminderungsversicherung (Tarife EM10 und EM11) als Direktversicherung

Inhaltsverzeichnis

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

§ 23 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	17
ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN	18

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

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

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

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

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN

§ 1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

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

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

Bitte beachten Sie: Der Versicherungsschutz besteht nur dann, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Mehr dazu finden Sie in § 16 und § 17.

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

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

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

der Gesundheit sein. Der Vertrag wird im Vertrauen darauf geschlossen, dass Sie unsere Fragen richtig und vollständig beantworten.

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

(2) Auch der [→] Versicherte muss 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. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie das wussten.

Rücktritt

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

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

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

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

Der verschwiegene Umstand war nicht die Ursache dafür, dass

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

Kündigung

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

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

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

Vertragsanpassung

(5) Wenn wir den Vertrag nicht kündigen und nicht vom Vertrag zurücktreten, führen wir den Vertrag zu anderen Bedingungen fort. Und zwar zu den Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir von den verschwiegenen Umständen ge-

wusst hätten. Die neuen Bedingungen gelten rückwirkend ab Beginn des Vertrags.

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

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, wenn

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

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

Ausübung unserer Rechte

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

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

- Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben.
- Es war uns bekannt, dass die Angabe falsch war.
- Es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Dies gilt nicht für [→] Versicherungsfälle, die innerhalb dieser fünf Jahre eingetreten sind. In diesen Fällen können wir unsere Rechte auch nach Ablauf der Frist ausüben. Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] vorsätzlich oder [→] arglistig verletzt haben, verlängert sich die Frist auf zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserhöhung

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

Folgen des Rücktritts / der Anfechtung / der Kündigung

(9) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten, endet der Versicherungsschutz. Wir zahlen Ihnen dann nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp vor (§ 21). Sie zahlen in diesem Fall keine Beiträge mehr.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. LEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

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

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

- Befreiung von der Zahlung der Beiträge:
Während wir leisten, müssen Sie keine Beiträge zahlen.
- Rente bei voller Erwerbsminderung:
Wir zahlen eine Rente bei voller Erwerbsminderung am Anfang eines jeden Monats. Sie können bei Abschluss des Vertrags auch eine andere Zahlungsweise wählen.

- Rente bei teilweiser Erwerbsminderung:
Wir zahlen eine Rente bei teilweiser Erwerbsminderung. Die Höhe dieser Rente beträgt wahlweise 50 % oder 100 % der Rente bei voller Erwerbsminderung. Wir zahlen die Rente am Anfang eines jeden Monats. Auch hier können Sie bei Abschluss des Vertrags eine andere Zahlungsweise wählen.

- Garantierte Steigerung der Rente:
Während wir leisten erhöht sich die Rente jährlich um einen festen Prozentsatz. Die Rente steigt zu Beginn eines jeden [→] Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr erwerbsgemindert ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Leistungszeit. Sie können die Höhe dieser Steigerung verringern oder auch ganz ausschließen. Das gilt nur in dem Zeitraum, in dem Sie Beiträge zahlen. Sie müssen uns diesen Wunsch mindestens einen Monat vorher mitteilen.

Wenn der Versicherte erneut erwerbsgemindert sein sollte, zahlen wir die zuletzt erreichte Rente weiter. Bisherige Erhöhungen aus der garantierten Steigerung der Rente bleiben also erhalten. Künftig erhöht sich die Rente weiter. Dafür berechnen wir den vereinbarten Prozentsatz auf die zuletzt erreichte Rente. Dazu zählen auch der erreichte Rentenzuwachs (siehe § 11 Absatz 6) und die Erhöhungen durch die [→] Dynamik.

Bitte beachten Sie: Ist eine Rente in Höhe von 50 % bei teilweiser Erwerbsminderung vereinbart, gilt: Wird der Versicherte später voll erwerbsgemindert, zahlen wir die Rente bei voller Erwerbsminderung. Zusätzlich erhalten Sie auch die Erhöhungen für die Rente bei teilweiser Erwerbsminderung.

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

- Höhe der Leistungen
- Beginn und Ende des Vertrags.

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

- dem [→] Rechnungszins von 1 % pro Jahr und
- unseren Annahmen zum Eintritt des versicherten [→] Risikos.

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

Beginn, Dauer und Ende der Leistungen

- (3) Unsere Leistungen beginnen wie folgt:

- Befristete Leistungen:
Wir leisten ab Beginn des siebten Monats, nach dem der [→] Versicherte erwerbsgemindert geworden ist.

Bitte beachten Sie: Bei voller Erwerbsminderung leisten wir vor Beginn des siebten Monats, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist: Der Anspruch des Versicherten auf Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Krankentagegeld entfällt aufgrund der Feststellung der Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV). Dies erfolgt so, wie im Gesetz vorgesehen (§ 101 Absatz 1a Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 27.06.2017). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

- Unbefristete Leistungen:
Wir leisten ab Beginn des Monats, nach dem der Versicherte erwerbsgemindert geworden ist. Dafür muss folgende Bedingung erfüllt sein: Sie beantragen die Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Erwerbsminderung.

Bitte beachten Sie: Zahlen wir im Anschluss an eine befristete Leistung unbefristet, bleibt es beim ursprünglichen Beginn der Rente.

Näheres zu den Meldefristen finden Sie in § 12 Absatz 1.

- (4) Für die Dauer unserer Leistungen gilt:

- Befristete Leistungen:
Wir können Leistungen einmalig zeitlich befristen. Dies gilt dann, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Gründe sind zum Beispiel:
 - Es sind noch ergänzende Untersuchungen oder Gutachten erforderlich oder
 - aus gesundheitlichen Gründen ist ein Ende der Erwerbsminderung zu erwarten.

Wir leisten dann längstens für drei Jahre. Ist der [→] Versicherte nach Ablauf der Befristung noch erwerbsgemindert, leisten wir unbefristet. Ob der Versicherte noch erwerbsgemindert ist, prüfen wir nach § 8 wie bei einer Erstprüfung. Hierfür gelten die Regelungen des § 13 nicht.

– Unbefristete Leistungen:

Wir zahlen Leistungen unbefristet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten behoben werden kann. Wir leisten dann, solange der Versicherte erwerbsgemindert ist oder bis die Leistungen nach Absatz 5 enden.

(5) Unsere Leistungen enden, wenn

- die zeitliche Befristung endet (siehe Absatz 4),
- der Versicherte nicht mehr erwerbsgemindert ist,
- der Versicherte stirbt oder
- die vereinbarte [→] Leistungsdauer endet.

Karenzzeit

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

- Der Versicherte wird innerhalb von 24 Monaten erneut erwerbsgemindert.
- Die erneute Erwerbsminderung hat dieselbe Ursache.

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

Hilfestellungen

(7) Während der gesamten Dauer des Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zum Versicherungsschutz allgemein und wenn wir Leistungen zahlen. Wir erläutern zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten. Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- welche Unterlagen eingereicht werden müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische Rehabilitation zu ergreifen.

Beiträge während der Prüfung der Leistungspflicht

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

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

Wenn Sie unsere Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen,

- verzinsen wir zu viel gezahlte Beiträge oder
 - stunden wir die Beiträge zinslos,
- bis das Gericht rechtskräftig entschieden hat.

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

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

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den [→] Höchstbetrag für Beiträge zu einer Direktversicherung nicht übersteigen.

Weltweiter Schutz im Beruf und in der Freizeit

(9) Der [→] Versicherte hat weltweit Versicherungsschutz, sowohl im Beruf als auch in der Freizeit. Sie müssen uns nicht informieren, wenn sich bei dem Versicherten während der Vertragsdauer [→] gefährliche Umstände ändern. Dies sind zum Beispiel der Beruf oder die Hobbys.

§ 8 Wann gilt der Versicherte als erwerbsgemindert?

Definition Erwerbsminderung

(1) Der [→] Versicherte ist erwerbsgemindert, wenn er keiner [→] Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann. Folgende Bedingungen müssen dabei erfüllt sein:

- Dauer bei voller Erwerbsminderung:
Der Versicherte ist voll erwerbsgemindert, wenn er bereits sechs Monate ununterbrochen nicht mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein konnte und dieser Zustand andauert.
- Dauer bei teilweiser Erwerbsminderung:
Der Versicherte ist teilweise erwerbsgemindert, wenn er bereits sechs Monate ununterbrochen nicht mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein konnte und dieser Zustand andauert.
- Ursache:
Der Versicherte ist nur dann erwerbsgemindert, wenn er gesundheitlich beeinträchtigt ist und ein Arzt dies bescheinigt. Die Ursache kann eine Krankheit oder eine Verletzung des Körpers sein.

Nachweis der Erwerbsminderung

(2) Ist der [→] Versicherte gesetzlich rentenversichert, gilt: Sie müssen die Erwerbsminderung durch den entsprechenden Rentenbescheid der DRV nachweisen. Beruht die Erwerbsminderung ausschließlich auf gesundheitlichen Gründen, prüfen wir, ob wir entsprechend des Inhalts des Rentenbescheids der DRV leisten. Dabei legen wir den Begriff der Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 27.06.2017 zugrunde. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

(3) Ist der [→] Versicherte nicht gesetzlich rentenversichert, gilt: Wir prüfen, ob der Versicherte nach Absatz 1 erwerbsgemindert ist. Bei Mitgliedern von Versorgungswerken (Kammerversorgung) ist dazu unterstützend der Bescheid der Kammerversorgung einzureichen. Beruht die Erwerbsminderung ausschließlich auf gesundheitlichen Gründen, prüfen wir, ob wir entsprechend des Inhalts des vorgelegten Bescheids leisten.

(4) Zusätzlich zu den in den Absätzen 2 und 3 genannten Bescheiden müssen Sie uns weitere Nachweise zur Prüfung einreichen. Mehr dazu finden Sie in § 12 Absätze 2 und 3.

Auch hier gelten die für den Vertrag vereinbarten [→] Zuschläge, Einschränkungen sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht.

Vereinfachter Nachweis der Erwerbsminderung

(5) Wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, leisten wir entsprechend des Inhalts des Rentenbescheids der DRV:

- Der Versicherte erhält eine unbefristete Rente von der DRV. Diese Rente erhält er wegen voller Er-

werbsminderung allein aus gesundheitlichen Gründen. Dabei legen wir den Begriff der vollen Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 27.06.2017 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 gesundheitlicher Grund vorliegt.

Auch hier gelten die für den Vertrag vereinbarten [→] Zuschläge, Einschränkungen sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht.

§ 9 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?

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

Definition Pflegebedürftigkeit

(2) Der [→] Versicherte ist in folgendem Fall pflegebedürftig: Er benötigt täglich bei einer der in Absatz 3 beschriebenen Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person. Dies muss ein Arzt bescheinigen. Folgende Bedingungen müssen dabei erfüllt sein:

- Dauer:
Der Versicherte ist bereits sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und der Zustand dauert an.
- Ursache:
Der Versicherte ist pflegebedürftig, wenn er gesundheitlich beeinträchtigt ist. Die Ursache kann eine Krankheit oder eine Verletzung des Körpers sein.

Außerdem leisten wir in folgenden Fällen, die ebenfalls ein Arzt bescheinigen muss:

- Der Versicherte gefährdet sich oder andere, weil er seelisch erkrankt oder geistig behindert ist. Er muss deshalb täglich beaufsichtigt werden.

- Der Versicherte ist dauernd bettlägerig und kann nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen.

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

(3) Tätigkeiten des täglichen Lebens:

– Bewegen im Zimmer

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

– Aufstehen und Zubettgehen

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

– Essen und Trinken

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

– Toilette

Der Versicherte benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil er

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- nicht allein zur Toilette gelangen kann, sondern eine Bettschüssel verwenden muss oder weil
- er den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

Ausnahme: Es liegt keine Pflegebedürftigkeit vor, wenn

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

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

Unterlagen

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

Ende der Leistungen

(6) Unsere Leistungen enden, wenn

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

(7) Wenn der [→] Versicherte nicht mehr pflegebedürftig und auch nicht erwerbsgemindert nach § 8 ist, leisten wir nicht mehr. Wir teilen Ihnen die Gründe dafür mit. Mehr zum Einstellen von Leistungen finden Sie in § 13 Absatz 4.

§ 10 In welchen Fällen leisten wir nicht?

Wir leisten nicht, wenn der [→] Versicherte aus folgenden Gründen erwerbsgemindert 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 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 Erwerbsminderung des Versicherten herbeigeführt.
- Der Versicherte ist erwerbsgemindert geworden durch Strahlen infolge von Kernenergie. Dies gilt nur, wenn die Strahlen das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor Schaden zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.

- Der Versicherte ist erwerbsgemindert geworden durch vorsätzlich eingesetzte atomare, biologische oder chemische Waffen. Dies gilt auch für vorsätzlich eingesetzte oder freigesetzte radioaktive, biologische oder chemische Stoffe. Der Einsatz oder das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

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

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

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

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

Wir leisten trotzdem, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

1. Fall: Der Versicherte wird erwerbsgemindert

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

2. Fall: Der Versicherte wird erwerbsgemindert

- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen,
- außerhalb Deutschlands und
- er hat an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen,
- die Teilnahme erfolgt als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei und
- der Einsatz erfolgte mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE.

C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN

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

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

In diesem Paragrafen erläutern wir Ihnen,

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

Wir veröffentlichen die [→] 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 Erwerbsminderung. Außerdem wissen wir nicht, wie sich in Zukunft die Kapitalmärkte entwickeln. **Daher können wir nicht garantieren, ob und in welcher Höhe wir Sie an Überschüssen und Bewertungsreserven beteiligen.**

Entstehen von Überschüssen

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

- aus dem Risikoergebnis
Überschüsse aus dem Risikoergebnis können zum Beispiel entstehen, wenn weniger [→] Versicherte eine Leistung erhalten, als wir angenommen haben. An diesen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit derzeit zu mindestens 90 %.
- aus dem übrigen Ergebnis
Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können zum Beispiel entstehen,
 - wenn die Kosten niedriger sind, als wir vorher angenommen haben oder

- wenn wir Erträge aus dem Stornoergebnis erzielen.

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

- aus Kapitalerträgen

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte. Die verbleibenden Erträge verwenden wir, um unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an den Überschüssen zu beteiligen.

Bitte beachten Sie: Reichen die gesamten Nettoerträge nicht für die erforderliche Rückstellung aus, gilt Folgendes: Wir vermindern die Beteiligung am Risikoergebnis und am übrigen Ergebnis um diesen Fehlbetrag. Im schlechtesten Fall sinken diese Beteiligungen auf Null.

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

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

Beteiligung an den Überschüssen

(3) Die auf die [→] Versicherungsnehmer entfallenden [→] Überschüsse können wir auf zwei Arten zuweisen: Einen Teil der Überschüsse können wir Verträgen im selben Jahr zuteilen. Den anderen Teil führen wir der sogenannten [→] Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Wir bilden und verwenden die

Rückstellung für Beitragsrückerstattung so wie im Gesetz vorgesehen. Hier sind auch die Ausnahmefälle genannt, in denen die Aufsichtsbehörde zustimmen muss (siehe § 140 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Die verschiedenen Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen unterscheiden sich nach der verschiedenen Art des [→] Risikos, das jeweils versichert ist. Diese Arten von Risiken können zum Beispiel sein: das Risiko der Langlebigkeit oder das Risiko der Erwerbsminderung. 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 Erwerbsminderungsversicherung sind keine oder nur geringe Beträge vorhanden, aus denen Kapitalerträge entstehen können. Deshalb sind auch keine oder nur geringe [→] Bewertungsreserven vorhanden.

Bei dem Tarif EM10 beteiligen wir Sie zu folgenden Zeitpunkten an den Bewertungsreserven:

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

Wenn wir eine Rente zahlen, erhöhen wir mit der Beteiligung an den Bewertungsreserven die 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 Erwerbsminderung

(5) Solange wir keine Leistungen erbringen, erhalten Sie jährlich einen [→] 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 erhöhen mit den Überschussanteilen den Versicherungsschutz (Bonusrente).
- Wir legen die Überschussanteile verzinslich an.

Bonusrente:

Wir erhöhen mit den Überschussanteilen den Versicherungsschutz. Wird der [→] Versicherte erwerbsgemindert, zahlen wir eine gleich bleibende zusätzliche Leistung. Diese Leistung bleibt für die Dauer der Erwerbsminderung in ihrer Höhe unverändert.

Bitte beachten Sie: Wenn sich die [→] Überschussätze vor Eintritt einer Erwerbsminderung ändern, ändert sich auch die bei Erwerbsminderung zu zahlende Bonusrente.

Wenn Sie eine garantierte Steigerung der Rente vereinbart haben, gilt diese auch für die Bonusrente.

Wenn wir die bei Beginn des Vertrags geltende Bonusrente später herabsetzen, besteht eine Garantie zur Erhöhung: In diesem Fall können Sie den Versicherungsschutz im selben Umfang erhöhen, wie wir die Bonusrente herabgesetzt haben. Dafür müssen Sie Beiträge zahlen. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch.

Verzinslich anlegen (nur bei Tarif EM10):

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile an. Dieses Guthaben verzinsen wir mit dem [→] Rechnungszins von 1 % pro Jahr. Der Zinssatz erhöht sich durch den jährlichen Überschussanteil für verzinsliche Anlagen. Daraus ergibt sich der Gesamtzins. Mit diesem Gesamtzins verzinsen wir das Guthaben jeweils zu Beginn

eines Versicherungsjahrs. Wir zahlen das Guthaben der verzinslichen Anlage aus,

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

Wenn der Versicherte erwerbsgemindert wird, gilt: Wir verzinsen das Guthaben weiter mit dem Gesamtzins.

Nach Eintritt einer Erwerbsminderung

(6) Wir erhöhen mit den Überschussanteilen jährlich die Rente. Wir nennen dies Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs berechnen wir mit den in § 7 Absatz 2 genannten [→] Rechnungsgrundlagen. Wenn Sie eine garantierte Steigerung der Rente gewählt haben, gilt diese auch für den Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs zahlen wir erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, nach dem der [→] Versicherte erwerbsgemindert geworden ist.

D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN

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

Frist

(1) Sie können Leistungen telefonisch oder in [→] Textform beantragen. Wir leisten rückwirkend entsprechend der Voraussetzungen nach § 7 Absatz 3, wenn Sie die Leistungen innerhalb von drei Monaten beantragen.

Wenn Sie uns später informieren, dass der Versicherte erwerbsgemindert ist, gilt: Wir leisten ab Beginn des Monats, nach dem der Antrag gestellt wurde.

Bitte beachten Sie: Erhält der Versicherte bereits Leistungen wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung, gilt: Für die Beantragung der Leistungen müssen Sie keine Frist beachten. Wir leisten rückwirkend ab Beginn des Monats, ab dem die gesetzliche Rentenversicherung leistet.

Unterlagen

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

- Eine Darstellung der Ursachen, die zur Erwerbsminderung des [→] Versicherten geführt haben. Dies sind zum Beispiel das Gutachten und der Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung.

– 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
- das [→] (Rest-)Leistungsvermögen des Versicherten.

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

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.

(4) Wenn Sie uns die Unterlagen einreichen, teilen wir Ihnen mit, ob und in welcher Höhe wir leisten. Wenn wir noch nicht beurteilen können, ob wir leisten, teilen wir Ihnen mit

- welche weiteren Unterlagen Sie uns einreichen müssen oder

– welche weiteren Schritte wir einleiten, zum Beispiel ein neutrales Gutachten anfordern.

Solange wir prüfen, informieren wir Sie regelmäßig über den aktuellen Stand.

Ärztliche Empfehlungen

(5) Wir verlangen nicht, dass der [→] Versicherte ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt insbesondere für operative Maßnahmen.

Bitte beachten Sie:

- Hilfsmittel des täglichen Lebens müssen Sie nutzen. Dies sind zum Beispiel Sehhilfen, Hörgeräte oder Prothesen.
- Gefahrlose Heilbehandlungen, müssen Sie nur durchführen, wenn diese ärztlich angeraten sind und eine sichere Aussicht auf Besserung bieten. Dazu gehören zum Beispiel Physiotherapien oder Rückenschulkkurse.

§ 13 Was müssen Sie beachten, während wir leisten?

Weitere Prüfungen

(1) Während wir leisten, dürfen wir regelmäßig prüfen, ob der [→] Versicherte weiter erwerbsgemindert ist. Dabei prüfen wir, ob sich die Gesundheit des Versicherten verändert hat. Dies gilt nicht, wenn wir befristet leisten.

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

(2) Um zu prüfen, ob der [→] Versicherte noch lebt und weiter erwerbsgemindert ist, dürfen wir jederzeit [→] sachdienliche Auskünfte sowie ärztliche Untersuchungen verlangen.

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

- sich die Erwerbsfähigkeit des Versicherten verbessert hat,
- der Versicherte wieder einer [→] Erwerbstätigkeit nachgeht,
- sich die Pflegebedürftigkeit des Versicherten gemindert hat oder
- sich der Leistungsbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines anderen [→] Leistungsträgers geändert hat.

Die Mitwirkungspflichten in § 12 gelten erneut.

Reduzierung unserer Leistungen

(3) Sind Leistungen wegen teilweiser Erwerbsminderung vereinbart, gilt: Wir reduzieren die Leistung, wenn sich die Erwerbsminderung von einer vollen auf eine teilweise gemindert hat. Diese Änderung teilen wir Ihnen mit.

Ende unserer Leistungen

(4) Stellen wir fest, dass der [→] Versicherte nicht mehr erwerbsgemindert 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.

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

Wenn Sie oder der [→] Versicherte eine Pflicht aus § 12 oder § 13 [→] 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.

§ 15 Wer erhält die Leistungen?

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

E. BEITRÄGE UND KOSTEN

§ 16 Wie müssen Sie die Beiträge zahlen?

(1) Bei dem Tarif EM10 zahlen Sie gleich hohe Beiträge über die vereinbarte Dauer der Beitragszahlung. Bei dem Tarif EM11 berechnen wir die Beiträge jährlich mit dem jeweils aktuellen Alter des [→] Versicherten neu. Dadurch ergeben sich jährlich unterschiedliche Beiträge.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig von Ihrem Konto einziehen konnten, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für

ärztliche Untersuchungen, die uns bei der [→] Risikoprüfung entstanden sind. Wenn Sie für die verspätete Zahlung nicht verantwortlich sind, können wir nicht zurücktreten. Sie müssen uns aber nachweisen, dass Sie nicht verantwortlich sind.

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

Wir müssen trotzdem leisten, wenn

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

(2) Wenn wir einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig von Ihrem Konto einziehen konnten, schicken wir Ihnen eine Mahnung. Dies gilt auch für sonstige Beträge, die Sie uns schulden. Wenn Sie den angemahnten Betrag nicht in den gesetzten Fristen zahlen, setzen wir die Leistungen herab wie bei einem Beitragsstopp. Mehr dazu finden Sie in § 21.

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

Wir informieren den Versicherten über die Mahnung.

§ 18 Welche Kosten sind in den Beiträgen enthalten?

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

- Abschluss- und Vertriebskosten und
- übrige Kosten.

Diese Kosten sind bereits im Beitrag enthalten.

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

Bei dem Tarif EM10 berechnen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf Basis der Summe der vereinbarten Beiträge. Diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 %. Sie fallen

einmalig zu Beginn des Vertrags an und werden mit den ersten Beiträgen verrechnet. Das bedeutet: In der Anfangsphase zahlen Sie die Beiträge vor allem

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

Daher steht in der Anfangsphase nur ein geringer Teil des Beitrags zur Verfügung, um [→] Deckungskapital zu bilden. Dieses Verfahren ist in § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung geregelt. Den genauen Wortlaut der Verordnung finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Bei dem Tarif EM11 ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort ab.

(3) Die übrigen Kosten benötigen wir zum Beispiel

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

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

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

§ 19 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?

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

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

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

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

F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN

§ 20 Wie können Sie die Beiträge befristet aussetzen?

Stundung

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

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

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

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

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

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den [→] Höchstbetrag für Beiträge zu einer Direktversicherung nicht übersteigen.

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

Schutz bei Wegfall der Entgeltfortzahlung

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

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

Die vereinbarten Leistungen ändern sich nicht.

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

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

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

§ 21 Wie können Sie die Beiträge stoppen?

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

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

Bitte beachten Sie: Ein Beitrags-Stopp kann für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren des Vertrags steht nur ein geringer Teil des Beitrags zur Verfügung, um Deckungskapital zu bilden (siehe § 18). **Deshalb ist zunächst nur ein geringes oder gar kein Deckungskapital vorhanden. Das führt dazu, dass wir keine neue garantierte Rente berechnen können. Auch in den folgenden Jahren ist das Deckungskapital niedriger als die eingezahlten Beiträge.** Wie hoch die garantierten Leistungen nach einem Beitrags-Stopp sind, finden Sie im [→] Versicherungsschein in der Liste der garantierten Leistungen.

Wenn kein Deckungskapital mehr vorhanden ist, beenden wir den Vertrag. In diesem Fall zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

Befristeter Beitrags-Stopp

(3) In besonderen Fällen können Sie die Beiträge für einen bestimmten Zeitraum stoppen. Dies ist nur möglich, wenn der [→] Versicherte die Beiträge ganz oder überwiegend durch [→] Entgeltumwandlung finanziert. Sie müssen uns in [→] Textform mitteilen, wann

der befristete Beitrags-Stopp beginnen soll. Er kann frühestens beginnen, wenn der nächste Beitrag fällig ist. Wir berechnen die garantierten Leistungen dann neu (siehe Absatz 2).

In folgenden Fällen können die Beiträge befristet gestoppt werden:

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

Wenn der Vertrag zum vorher vereinbarten Termin wieder in Kraft gesetzt werden soll, prüfen wir das [→] Risiko nicht erneut. Der Versicherte darf zu diesem Zeitpunkt nicht erwerbsgemindert sein. Wir berechnen die garantierten Leistungen neu. Hierfür verwenden wir die [→] Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrags gelten.

G. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS

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

- (1) Solange Sie Beiträge zahlen, können Sie den Vertrag zum Ende eines Monats in [→] Textform kündigen.
- (2) Wenn Sie kündigen, führen wir den Vertrag so weiter wie nach einem Beitrags-Stopp. Die garantierten Leistungen berechnen wir neu (siehe § 21 Absatz 2). Wir erheben eine [→] Stornogebühr. Diese berücksichtigen wir bei der Berechnung der garantierten Leistungen. Wir erstatten Ihnen die Beiträge nicht zurück.

H. BESCHWERDEMÖGLICHKEITEN

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

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

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

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

Versicherungsombudsmann

Sie können sich als [→] Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

Arglistig

Arglist bedeutet, dass Sie oder der [→] Versicherte uns absichtlich täuschen. Beispiel: Sie oder der Versicherte machen falsche Angaben, um Leistungen aus dem Vertrag zu erhalten.

Begünstigter

Sie können eine Person bestimmen, die im [→] Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll. Dies müssen Sie tun, bevor der Versicherungsfall eingetreten ist. Diese Person nennen wir Begünstigter. Sie können auch mehrere Personen als Begünstigte bestimmen. Der im Antrag genannte versicherte Arbeitnehmer ist zu Beginn des Vertrags der Begünstigte.

Für Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Erwerbsminderungsversicherung, Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung gilt Folgendes: Der Begünstigte muss der Versicherte selbst oder ein naher Angehöriger des Versicherten im Sinne der §§ 15 Abgabenordnung oder § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sein. Nicht zugelassen werden jedoch der Verlobte und der Lebensgefährte. Unter Lebensgefährten verstehen wir Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, jedoch nicht verheiratet oder verpartnert sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie in unserer SteuereinFORMATION unter dem Punkt C. Versicherungsteuer. Den genauen Wortlaut der Gesetze finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Wenn eine Leistung fällig wird, weil der [→] Versicherte stirbt, sind die steuerlich zulässigen Hinterbliebenen begünstigt. Dies betrifft zum Beispiel ein Guthaben aus Überschüssen. Die steuerlich zulässigen Hinterbliebenen sind in folgender Rangfolge:

- der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes verheiratet war,
- der Lebenspartner, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat,
- der Lebensgefährte des nicht verheirateten Versicherten, mit dem dieser zum Zeitpunkt seines Todes gelebt hat, wenn:
 - die Lebensgefährten in einer auf Dauer angelegten eheähnlichen Gemeinschaft zusammenleben und
 - der Lebensgefährte uns vor Eintritt des [→] Versicherungsfalls benannt ist.
- die Kinder des Versicherten im Sinne des § 32 Absatz 3, Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Absatz 5 EStG. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.
- sonstige Erben des Versicherten.

Bewertungsreserven

Sie entstehen wie folgt: In unserer Bilanz bewerten wir unsere Kapitalanlagen nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wenn der Marktwert

unserer Kapitalanlagen höher ist als deren Wert in unserer Bilanz, entstehen Bewertungsreserven. Weil die Kapitalmärkte schwanken, können die Bewertungsreserven höher oder niedriger ausfallen. Sie können sogar ganz entfallen. Auch aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Deckungskapital

Das Deckungskapital ist eine rechnerische Größe des Vertrags. Wir bilden das Deckungskapital aus den Beitragsteilen, die wir nicht sofort für Kosten und das [→] Risiko der Erwerbsminderung benötigen. Wir legen das Deckungskapital im [→] klassischen Vermögen an. Das Deckungskapital verzinsen wir garantiert mit 1 % pro Jahr.

Demenz

Als Demenz werden durch eine Krankheit bedingte Störungen der Leistungsfähigkeit des Gehirns bezeichnet. Diese gehen mit einem Verlust der geistigen Fähigkeiten einher, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen des [→] Versicherten auswirken (sogenannte kognitive Fähigkeiten).

Dynamik

Wenn Sie in den Vertrag eine Dynamik eingeschlossen haben, erhöhen wir automatisch jährlich den Beitrag. Dadurch steigen die vereinbarten Leistungen. Das [→] Risiko prüfen wir dabei nicht erneut.

Entgeltfortzahlung

Wenn der [→] Versicherte in Folge längerer Krankheit arbeitsunfähig ist, gilt: Der Arbeitgeber muss dem Versicherten für die Zeit der Krankheit das Entgelt weiterzahlen. Maximal jedoch für einen Zeitraum von sechs Wochen. Dies ergibt sich aus § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Entgeltumwandlung

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

Erklärungen

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

Erwerbstätigkeit

Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind. Der allgemeine Arbeitsmarkt ist in der gesetzlichen Rentenversicherung ein Maßstab für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des [→] Versicherten. Der Allgemeine Arbeitsmarkt umfasst jede nur denkbare Erwerbstätigkeit, für die Angebot und Nachfrage bestehen. Die qualitative Einordnung spielt dabei keine Rolle. Nicht berücksichtigt sind zum Beispiel Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.

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.
Höchstbetrag für Beiträge zu einer Direktversicherung	Dieser Höchstbetrag gibt an, bis zu welcher Höhe Beiträge zu einer im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossenen Direktversicherung steuerfrei sind. Er ist gesetzlich in § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) geregelt. Er beträgt 8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung. Der Höchstbetrag verringert sich um die Beiträge, die pauschal versteuert werden. Gemeint ist die pauschale Besteuerung nach § 40b Absätze 1 und 2 EStG in einer vor dem 01.01.2005 geltenden Fassung. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte .
Juristische Person	Im Unterschied zu einer natürlichen Person ist eine juristische Person zum Beispiel: Eine Aktiengesellschaft (AG), eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), eine Stiftung oder ein Verein.
Karenzzeit	Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für den Vertrag einen geringeren Beitrag. Während der Karenzzeit zahlen wir keine Rente wegen Erwerbsminderung, obwohl der [→] Versicherte erwerbsgemindert ist. Der Beginn der Karenzzeit richtet sich danach, ob wir Leistungen befristet oder unbefristet zusagen. Näheres zum Beginn der Leistungen finden Sie in § 7 Absatz 3.
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.
Leistungsdauer	Wenn der [→] Versicherte erwerbsgemindert ist, zahlen wir unsere Leistungen höchstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Die Leistungsdauer kann länger sein als die Versicherungsdauer, aber nicht umgekehrt
Leistungsträger	Als Leistungsträger bezeichnet man Einrichtungen, die sachlich für Sozialleistungen zuständig sind und diese auch zahlen. Dies können zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder Berufsständische Versorgungswerke sein.
Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen	Eine [→] Demenz nach Schweregrad 5 (Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Der [→] Versicherte kann sich ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtfinden. Er kann sich zum Beispiel kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, zum Beispiel an seine Adresse oder die Namen naher Familienangehöriger. Häufig besteht auch eine Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Ermittelt wird dieser Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg.

Rechnungsgrundlagen	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.
Rechnungszins	Ist der Zinssatz, mit dem wir das [→] Deckungskapital garantiert verzinsen. Wir garantieren für die gesamte Vertragsdauer einen Zinssatz von 1 % pro Jahr.
(Rest-)Leistungsvermögen	Das (Rest-)Leistungsvermögen des [→] Versicherten ist ein Kriterium für die Einstufung, ob eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt.
Risiko	Ist bei einer Erwerbsminderungsversicherung die Wahrscheinlichkeit, dass der [→] Versicherte erwerbsgemindert wird. Außerdem beinhaltet das Risiko Annahmen darüber, wann der Versicherte wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann oder wann er stirbt. Wir unterscheiden unsere Annahmen nicht nach dem Geschlecht. Das Risiko erhöht sich auch dann, wenn der Versicherte besonderen Gefahren ausgesetzt ist.
Risikoprüfung	Wenn Sie den Vertrag beantragen, prüfen wir das [→] Risiko des [→] Versicherten. Dabei berücksichtigen wir zum Beispiel Angaben zum Alter, Beruf, dem aktuellen Zustand der Gesundheit und zu gefährlichen Sportarten. Auf dieser Grundlage entscheiden wir, ob und in welcher Form wir den Antrag annehmen.
Rückstellungen	Sind Verbindlichkeiten, Verluste oder Aufwendungen, zu denen noch ungewiss ist, ob und in welcher Höhe sie entstehen. Sie sind Passivposten in der Bilanz.
Rückstellung für Beitragsrück- erstattung	Ist eine versicherungstechnische Rückstellung in der Bilanz eines Versicherers. Sie enthält den Wert der Ansprüche auf Beitragsrückerstattung der [→] Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit. Dieser Rückstellung entnehmen wir zum Beispiel die jährlichen [→] Überschussanteile, die wir den einzelnen Verträgen konkret zuteilen.
Sachdienliche Auskünfte	Sachdienlich sind Auskünfte, die wir auch verlangen können, wenn wir zum ersten Mal prüfen, ob der [→] Versicherte erwerbsgemindert ist. Dazu gehören alle Angaben, die wichtig sind, damit wir Ansprüche auf Leistungen feststellen und abwickeln können.
Schriftform	Wenn die Schriftform vorgeschrieben ist, müssen [→] Erklärungen zum Beispiel per Brief mit eigenhändiger Unterschrift erfolgen. Die Schriftform ist in § 126 BGB geregelt. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte .
Stornogebühr	Wenn Sie den Vertrag kündigen oder die Beiträge stoppen, erheben wir eine Stornogebühr. Die Gründe dafür sind Folgende: <ul style="list-style-type: none">– Eine Kündigung oder ein Beitrags-Stopp führt zu Kosten in der Verwaltung.– Teile der Abschluss- und Vertriebskosten sind mitunter noch nicht gedeckt.

- Das [→] Risiko über alle [→] Versicherten verschlechtert sich, weil meistens nur gesunde Personen ihre Erwerbsminderungsversicherung kündigen.

Wir berechnen die Stornogebühr wie folgt: Sie beträgt 50 % des Deckungskapitals. Wie hoch die Stornogebühr in Euro ist, sehen Sie im [→] Versicherungsschein in der Liste der garantierten Leistungen.

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.

Textform

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Überschüsse

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

Überschussanteil

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

Überschussatz

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

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“ oder „so schnell wie eben möglich“.

Verantwortlicher Aktuar

Ist ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger. Jeder Lebensversicherer muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Dieser achtet insbesondere darauf, dass der Versicherer die Garantien gegenüber seinen [→] Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllen kann.

Verbraucher

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

Vereinfachte Risikoprüfung

Wir prüfen das [→] Risiko auf der Grundlage einer geringeren Anzahl von Fragen an den [→] Versicherten. Oder wir verwenden eine so genannte einfache oder erweiterte Dienstobliegenheitserklärung. Dies ist zum Beispiel eine Erklärung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Dienst voll ausübt.

Versichertenbestand

Anzahl der Versicherten der Alte Leipziger Lebensversicherung.

Versicherter

Ist die Person, die wir im Hinblick auf die Risiken versichern. Der Versicherte kann jemand anderes sein als der [→] Versicherungsnehmer. Bei der betrieblichen Altersversorgung ist der Versicherte der Arbeitnehmer.

Versicherungsfall

Liegt vor, wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: der [→] Versicherte wird erwerbsgemindert.

Versicherungsjahr	Ein neues Versicherungsjahr beginnt immer mit dem Monat, für den wir das Ende des Vertrags vereinbart haben. Das bedeutet: Das erste Versicherungsjahr kann weniger als zwölf Monate umfassen. Beispiel: Beginn des Vertrags 01.08., Ende des Vertrags 01.05. Dann umfasst das erste Versicherungsjahr neun Monate, alle weiteren zwölf Monate.
Versicherungsnehmer	Schließt mit uns den Versicherungsvertrag. Er ist damit unser Vertragspartner. Bei der betrieblichen Altersversorgung ist dies der Arbeitgeber, der eine Versicherung für den Arbeitnehmer abschließt.
Versicherungsschein	Ist eine Urkunde über den Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zum Vertrag. Zum Beispiel: das versicherte [→] Risiko, Beginn und Ende des Vertrags. Für Änderungen während der Laufzeit des Vertrags erhalten Sie jeweils einen Nachtrag. Bitte heben Sie den Versicherungsschein und die Nachträge gut auf.
Vorsätzlich	Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ziel erreichen will, dabei die Umstände seines Handelns kennt und die Folgen bewusst in Kauf nimmt.
Zuschläge	Können vereinbart werden, wenn sich das Risiko erhöht, weil der [→] Versicherte ein Leiden hat oder ein gefährliches Hobby ausübt.