

Satzung der Alte Leipziger Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

Druck-Nr. vo 13 – 05.2022 / Stand: 6. Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

Präambel

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

- § 1 Name, Rechtsform, Sitz
- § 2 Zweck der Gesellschaft
- § 3 Geschäftsgebiet
- § 4 Mitgliedschaft
- § 5 Bekanntmachungen
- § 6 Gerichtsstand

II. ORGANE DER GESELLSCHAFT

- § 7 Organe

1. DIE MITGLIEDERVERTRETUNG

- § 8 Zusammensetzung, Wahl und Amtsdauer
- § 9 Ort, Zeit und Einberufung
- § 10 Aufgaben
- § 11 Geschäftsordnung

2. DER AUFSICHTSRAT

- § 12 Zusammensetzung, Wahl und Amtsdauer
- § 13 Aufgaben
- § 14 Geschäftsordnung

3. DER VORSTAND

- § 15 Bestellung
- § 16 Vertretungsbefugnis
- § 17 Aufgaben
- § 18 Geschäftsordnung

4. DER BEIRAT

- § 19 Berufung
- § 20 Aufgaben
- § 21 Geschäftsordnung

III. RECHNUNGSWESEN

§ 22 Geschäftsjahr

§ 23 Jahresabschluss

§ 24 Vermögensanlagen

§ 25 Rückstellungen, Rücklagen und Überschussverwendung

§ 26 Deckung von Fehlbeträgen

IV. SATZUNGSÄNDERUNG, ÄNDERUNG UND EINFÜHRUNG ALLGEMEINER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

§ 27

V. AUFLÖSUNG

§ 28

VI. ÜBERTRAGUNG DES VERSICHERUNGSBESTANDES

§ 29

Präambel

Die Gesellschaft ist 1830 als juristische Person des gemeinen Rechts unter dem Namen »Lebensversicherungsgesellschaft zu Leipzig« gegründet worden. Sie trat 1868 als Genossenschaft unter das Königl. Sächsische Gesetz von 1868, die Juristischen Personen betreffend, und wurde 1907 ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit nach dem Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 unter der Firma »Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (Alte Leipziger)«.

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Name, Rechtsform, Sitz

(1) Die Gesellschaft führt die Firma Alte Leipziger Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit. Sie ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

(2) Die Alte Leipziger Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit bildet zusammen mit der Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit einen Gleichordnungskonzern.

(3) Der Sitz der Gesellschaft ist Oberursel (Taunus).

§ 2 Zweck der Gesellschaft

(1) Die Gesellschaft betreibt die Lebensversicherung in allen ihren Arten, einschließlich der Kapitalisierungsgeschäfte und der Geschäfte der Verwaltung von Versorgungseinrichtungen gemäß dem vom Vorstand aufgestellten Gesamtgeschäftsplan. Sie bietet Versicherungsschutz im In- und Ausland nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, und zwar für die Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit.

(2) Außerdem übernimmt sie die Versicherung gegen feste Beiträge bis zu 10 vom Hundert ihrer gesamten Beitragseinnahme auch für Nichtmitglieder.

(3) Die Gesellschaft kann in der Lebensversicherung auch die Rück- und Mitversicherung betreiben.

(4) Darüber hinaus darf die Gesellschaft Versicherungs- und Bausparverträge und den Erwerb von Investmentanteilen vermitteln sowie sonstige Geschäfte vornehmen, die im engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsbetrieb stehen.

(5) Die Gesellschaft kann zur Erreichung des Unternehmenszweckes Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen und die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen fortführen oder verwalten. Sie ist weiter berechtigt, sich an Lebensversicherungsunternehmen oder Unternehmen anderer Art, deren Gegenstand mit dem Zweck der Gesellschaft im

wirtschaftlichen Zusammenhang steht, zu beteiligen, insbesondere an solchen, die Bank- und sonstige Finanzdienstleistungen anbieten. Desgleichen kann sie selbstständige Versicherungsunternehmen oder damit unmittelbar zusammenhängende andere Wirtschaftsunternehmen erwerben oder neu errichten.

§ 3 Geschäftsgebiet

Das Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 4 Mitgliedschaft

(1) Mitglieder der Gesellschaft (Vereinsmitglieder) sind die natürlichen und nicht natürlichen Personen, die einen Versicherungsvertrag nach § 2 dieser Satzung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit mit der Gesellschaft abgeschlossen haben.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages. Sie endet, wenn das Versicherungsverhältnis zwischen der Gesellschaft und dem Mitglied erlischt.

(3) Der Versicherungsvertrag gegen festen Beitrag gemäß § 2 Absatz 2 der Satzung begründet keine Mitgliedschaft in der Gesellschaft.

(4) Die Verpflichtungen der Mitglieder bestimmen sich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Versicherungsverhältnissen zugrunde liegen. Zur Erfüllung der Versicherungsverpflichtungen erhebt die Gesellschaft jeweils im Voraus fällige, einmalige oder wiederkehrende Beiträge.

(5) Übernimmt ein Dritter mit Genehmigung der Gesellschaft ganz oder teilweise die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers, so wird er anstelle oder neben dem bisherigen Versicherungsnehmer Vereinsmitglied.

(6) Für alle Verbindlichkeiten der Gesellschaft haftet den Gläubigern gegenüber nur das Gesellschaftsvermögen.

(7) Eine zusätzliche Haftung oder Nachschusspflicht der Mitglieder für irgendwelche Verbindlichkeiten der Gesellschaft ist ausgeschlossen. Entstandene Versicherungsansprüche dürfen – ausgenommen im Falle

der Auflösung der Gesellschaft – nicht gekürzt werden.

§ 5 Bekanntmachungen

Alle Bekanntmachungen, zu denen die Gesellschaft nach Gesetz oder Satzung verpflichtet ist, werden im Bundesanzeiger veröffentlicht.

§ 6 Gerichtsstand

Der allgemeine Gerichtsstand ist Oberursel (Taunus).

II. ORGANE DER GESELLSCHAFT

§ 7 Organe

(1) Organe der Gesellschaft sind:

1. Die Mitgliedervertretung
2. Der Aufsichtsrat
3. Der Vorstand

(2) Die Mitgliederversammlung wählt die Mitglieder der Mitgliedervertretung. Die Mitgliedervertretung wählt die Mitglieder des Aufsichtsrats, soweit diese nicht als Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer nach dem Drittelbeteiligungsgesetz zu wählen sind. Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstands.

1. DIE MITGLIEDERVERTRETUNG

§ 8 Zusammensetzung, Wahl und Amtsdauer

(1) Die Mitgliedervertretung vertritt als oberstes Organ der Gesellschaft die Gesamtheit der Mitglieder. Sie besteht aus mindestens 20 und höchstens 30 Mitgliedervertretern; ihr können höchstens drei Mitglieder angehören, die keine natürlichen Personen sind.

(2) Wählbar zum Mitgliedvertreter ist jedes volljährige Mitglied, soweit nicht eine Einschränkung gemäß Absatz 3 vorliegt. Wählbar sind auch Mitglieder, die keine natürlichen Personen sind.

(3) Natürliche Personen sind zum Mitgliedvertreter nur wählbar, wenn sie zu Beginn ihrer Amtszeit das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Mitglieder des Aufsichtsrats, des Vorstands und des Beirats einer Gesellschaft im Alte Leipziger – Hallesche Konzern sind nicht wählbar. Ferner können nicht gewählt werden Personen, die seitens einer Gesellschaft im Alte Leipziger – Hallesche Konzern oder von anderen Versicherungs-, Finanzdienstleistungs-, oder Vermittlungsunternehmen Gehalt, Provisionen, Courtagen, sonstiges Entgelt oder geldwerte Vorteile aus selbst-

ständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit erhalten. Ausgenommen davon sind Vergütungen und Nebenleistungen für die Tätigkeit als Mitgliedvertreter im Alte Leipziger – Hallesche Konzern.

(4) Die Wahl der Mitgliedvertreter erfolgt auf die Dauer von bis zu sechs Jahren, wobei die Dauer bei der Wahl von der Mitgliederversammlung festgelegt wird. Die Amtszeit beginnt mit Annahme der Wahl. Bis zu diesem Zeitpunkt bleiben die bisherigen Mitgliedvertreter im Amt. Das Amt endet mit dem Schluss der letzten ordentlichen Mitgliederversammlung, die sich aus der jeweiligen Amtszeit ergibt. Wiederwahl ist zulässig.

(5) Das Amt eines Mitgliedvertreters erlischt durch Ablauf der Amtszeit, durch Rücktritt oder durch Eintritt eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstands.

§ 9 Ort, Zeit und Einberufung

(1) Die ordentliche Mitgliederversammlung findet alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt.

(2) Den jeweiligen Ort der Mitgliederversammlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und den Zeitpunkt bestimmt der Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat.

(3) Der Vorstand ist ermächtigt, die vollständige oder teilweise Bild- und Tonübertragung der Mitgliederversammlung zuzulassen.

(4) Der Vorstand ist ermächtigt vorzusehen, dass die Mitgliedvertreter an der Mitgliederversammlung auch ohne Anwesenheit an deren Ort teilnehmen und sämtliche oder einzelne ihrer Rechte ganz oder teilweise im Wege elektronischer Kommunikation ausüben können (Online-Teilnahme). Der Vorstand bestimmt die näheren Einzelheiten des Verfahrens und macht diese mit der Einberufung der Mitgliederversammlung bekannt.

(5) Der Vorstand ist ermächtigt vorzusehen, dass die Mitgliedvertreter ihre Stimmen, auch ohne an der Mitgliederversammlung teilzunehmen, schriftlich oder im Wege elektronischer Kommunikation abgeben dürfen (Briefwahl). Der Vorstand bestimmt die näheren Einzelheiten des Verfahrens und macht diese mit der Einberufung der Mitgliederversammlung bekannt.

(6) Die Mitgliederversammlung wird vom Vorstand durch Bekanntmachung im Bundesanzeiger einberufen. Die Bekanntmachung muss Ort, Zeit und Tagesordnung der Mitgliederversammlung enthalten. Die Einberufungsfrist beträgt mindestens

dreißig Tage vor dem Tage der Mitgliedervertreterversammlung.

(7) Bei der Bekanntmachung der Tagesordnung sind die gesetzlichen Vorschriften zu beachten. Insbesondere sind

- a) vorgeschlagene Satzungsänderungen mit dem Wortlaut bekanntzumachen;
- b) bei Wahlen zum Aufsichtsrat die gesetzlichen Vorschriften anzugeben, nach denen sich der Aufsichtsrat zusammensetzt;
- c) zu jedem Gegenstand der Tagesordnung vom Vorstand und vom Aufsichtsrat, zur Wahl von Aufsichtsratsmitgliedern nur vom Aufsichtsrat, in der Bekanntmachung Vorschläge zur Beschlussfassung zu machen.

(8) Außerordentliche Mitgliedervertreterversammlungen sind vom Vorstand oder vom Aufsichtsrat immer dann einzuberufen, wenn es die Belange der Gesellschaft erfordern. Ferner muss eine außerordentliche Mitgliedervertreterversammlung einberufen werden, wenn mindestens ein Drittel der Mitgliedervertreter unter Angabe des Zwecks und der Gründe die Einberufung beim Vorstand schriftlich beantragt. Für die Einberufung und Abhaltung außerordentlicher Mitgliedervertreterversammlungen gelten die Bestimmungen für ordentliche Mitgliedervertreterversammlungen gleichermaßen.

 10 Aufgaben

(1) Die Rechte und Pflichten der Mitgliedervertreterversammlung bestimmen sich nach Gesetz und Satzung. Insbesondere hat die Mitgliedervertreterversammlung folgende Aufgaben:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses, des Lageberichts und des Berichts des Aufsichtsrats;
- b) Feststellung des Jahresabschlusses, sofern sich Vorstand und Aufsichtsrat für die Feststellung durch die Mitgliedervertreterversammlung entschieden haben oder der Aufsichtsrat den Jahresabschluss des Vorstands nicht billigt;
- c) Entlastung der Mitglieder des Vorstands und des Aufsichtsrats;
- d) Wahl und Abberufung der Mitglieder des Aufsichtsrats, soweit sie nicht als Aufsichtsratsmitglieder von den Arbeitnehmern gewählt werden;
- e) Festsetzung der Vergütung für den Aufsichtsrat;
- f) Beschlussfassung über die Änderung der Satzung;
- g) Beschlussfassung über die Wahl des Abschlussprüfers;

h) Beschlussfassung über die Kapitalaufnahme gegen Gewährung von Genussrechten und Ermächtigung des Vorstands, mit Zustimmung des Aufsichtsrats über die Zeichnungs- und Ausgabebedingungen zu entscheiden;

- i) Beschlussfassung über alle Angelegenheiten, für die Vorstand und Aufsichtsrat nach dem Gesetz und der Satzung nicht zuständig sind;
- j) Beschlussfassung über die Umwandlung oder Auflösung der Gesellschaft;
- k) Beschlussfassung über die Übertragung des Versicherungsbestandes auf ein anderes Unternehmen;
- l) Wahl der Mitgliedervertreter und Widerruf ihrer Bestellung. Die Bestellung kann widerrufen werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Der Widerruf ist wirksam, bis seine Unwirksamkeit rechtskräftig festgestellt ist.

(2) Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung werden grundsätzlich mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

(3) Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung über Satzungsänderungen bedürfen einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen.

(4) Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung gemäß Absatz 1 j) und Absatz 1 k) bedürfen einer Mehrheit von drei Vierteln der amtierenden Mitgliedervertreter.

 11 Geschäftsordnung

(1) Den Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrats oder dessen Stellvertreter oder bei deren Verhinderung der am längsten ununterbrochen der Mitgliedervertretung angehörende anwesende Mitgliedervertreter. Unter mehreren Anwärtern entscheidet das höhere Lebensalter, bei gleichem Lebensalter das Los. Der Vorsitzende leitet die Mitgliedervertreterversammlung und bestimmt die Reihenfolge der Gegenstände der Tagesordnung sowie die Art und Form der Abstimmung, sofern die Mitgliedervertreterversammlung nichts anderes beschließt.

(2) Anträge zur Erweiterung der Tagesordnung der Mitgliedervertreterversammlung können von mindestens einem Fünftel der Mitgliedervertreter unter Beifügung einer Begründung oder einer Beschlussvorlage gestellt werden. Diese Anträge müssen dem Vorstand mindestens 24 Tage vor der Mitgliedervertreterversammlung zugehen; der Tag des Zugangs ist nicht mitzurechnen.

(3) Gegenanträge von Mitgliedervertretern zu Gegenständen der Tagesordnung werden allen Mitgliedervertretern unverzüglich bekannt gemacht, sofern sie, verbunden mit ihrer Begründung, mindestens 14 Tage vor dem Tage der Mitgliedervertreterversammlung der Gesellschaft zugegangen sind. Der Tag des Zugangs ist nicht mitzurechnen.

(4) Die Mitglieder des Vorstands und des Aufsichtsrats sollen mit beratender Stimme an der Mitgliedervertreterversammlung teilnehmen. Mitgliedern des Aufsichtsrats ist in Abstimmung mit dem Versammlungsleiter die Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung im Wege der Bild- und Tonübertragung ausnahmsweise in den Fällen gestattet, in denen ihnen aufgrund gesetzlicher oder tatsächlicher Einschränkungen oder aufgrund ihres Dienst- oder Wohnsitzes im Ausland die persönliche Teilnahme nicht oder nur mit erheblichem Aufwand möglich ist.

(5) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliedervertreterversammlung ist vorbehaltlich § 10 Absatz 1 j) und Absatz 1 k) beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der bestellten Mitgliedervertreter an deren Ort anwesend ist, gemäß § 9 Absatz 4 online an ihr teilnimmt oder gemäß § 9 Absatz 5 ihr Stimmrecht durch Briefwahl ausübt. Im Falle der Beschlussunfähigkeit der Mitgliedervertreterversammlung ist unverzüglich eine weitere Mitgliedervertreterversammlung einzuberufen. Diese ist ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitgliedervertreter beschlussfähig.

(6) Bei Abstimmungen gilt Stimmgleichheit als Ablehnung. Tritt bei einer Wahl Stimmgleichheit ein, ist die Wahl zu wiederholen. Bei erneuter Stimmgleichheit entscheidet das vom Vorsitzenden zu ziehende Los.

(7) Das Stimmrecht kann – außer bei nicht natürlichen Personen – nicht durch Bevollmächtigte ausgeübt werden.

(8) Die Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung sind in einer notariellen Niederschrift festzuhalten.

(9) Die Mitgliedervertreter erhalten eine Vergütung. Die Hälfte hiervon wird nur bei Teilnahme an den Mitgliedervertreterversammlungen gezahlt. Der Vergütungszeitraum beginnt nach einer ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung und endet mit dem Schluss der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung des Folgejahres. Wird das Mandat innerhalb eines Vergütungszeitraums aufgenommen oder beendet oder erfolgt eine Teilnahme nicht an allen Mitgliedervertreterversammlungen, wird die Vergütung anteilig gezahlt. Die Höhe der Vergütung wird vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat festge-

setzt. Sie erhalten darüber hinaus Ersatz ihrer Fahrtkosten sowie Tage- und Übernachtungsgelder. Eine ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer wird erstattet.

(10) Soweit das Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt, stehen sie einer Minderheit von einem Fünftel der Mitgliedervertreter zu.

(11) Die Vereinsmitglieder können Vorschläge für die Wahlen zur Mitgliedervertretung und Anträge, die nicht Fragen der Geschäftsführung betreffen, zur Beschlussfassung durch die Versammlung der Mitgliedervertreter beim Vorstand einbringen und ein Vereinsmitglied zur mündlichen Begründung in die Versammlung entsenden, wenn die Vorschläge oder Anträge von mindestens einhundert Vereinsmitgliedern unterzeichnet sind.

2. DER AUFSICHTSRAT

§ 12 Zusammensetzung, Wahl und Amtsdauer

(1) Der Aufsichtsrat besteht aus neun Personen, die nicht als Mitglied des Aufsichtsrats oder des Vorstands eines anderen Lebensversicherungsunternehmens tätig sein sollen; Ausnahmen können zugelassen werden. Die von der Mitgliedervertreterversammlung gewählten Personen dürfen nicht für die Gesellschaft tätig sein. Zwei Drittel sind von der Mitgliedervertreterversammlung und ein Drittel von den Arbeitnehmern gemäß den Bestimmungen des Drittelbeteiligungsgesetzes zu wählen.

(2) Die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder erfolgt für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, die über die Entlastung des Aufsichtsrats für das dritte Geschäftsjahr nach Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet. Die Mitgliedervertreterversammlung kann ein Aufsichtsratsmitglied für eine kürzere Amtsdauer bestellen. Wiederwahl ist zulässig.

§ 13 Aufgaben

Die Rechte und Pflichten des Aufsichtsrats bestimmen sich nach Gesetz und Satzung. Insbesondere obliegen dem Aufsichtsrat folgende Aufgaben:

- a) Beratung und Überwachung der Geschäftsführung;
- b) Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Vorstands und Regelung ihrer Dienstverhältnisse und Bezüge;
- c) Vertretung der Gesellschaft bei Rechtsgeschäften und Rechtsstreitigkeiten mit amtierenden und ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern;

- d) Prüfung und Billigung des Jahresabschlusses, des Lageberichts und der Überschussverwendung sowie Berichterstattung an die Mitgliederversammlung;
- e) Änderungen oder Ergänzungen der Satzung auf Verlangen der Aufsichtsbehörde sowie Änderungen der Satzung, die nur deren Fassung betreffen;
- f) Beauftragung des Abschlussprüfers;
- g) Bestellung und Abberufung des Treuhänders für das Sicherungsvermögen sowie des Stellvertreters;
- h) Bestellung und Abberufung des Verantwortlichen Aktuars;
- i) Zustimmung zur Einführung oder Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß der Ermächtigung in § 17 Absatz 4 dieser Satzung;
- j) Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Versicherungsunternehmen;
- k) Bestimmung der Arten von Maßnahmen, die nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden dürfen;
- l) Zustimmung zur Ernennung von Prokuristen;
- m) Behandlung von Beschwerden der Mitglieder gegen Entscheidungen des Vorstands.

§ 14 Geschäftsordnung

- (1) Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter; diese Wahl gilt für die Dauer der Amtszeit der Gewählten. Endet eines dieser Ämter, so ist für den Ausgeschiedenen eine Ersatzwahl unverzüglich erforderlich.
- (2) Der Vorsitzende, bei seiner Verhinderung der Stellvertreter, beruft die Sitzungen des Aufsichtsrats ein und leitet sie.
- (3) Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel seiner Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder dessen Stellvertreter, anwesend sind. Abwesende Aufsichtsratsmitglieder können durch schriftliche Stimmabgabe an der Beschlussfassung des Aufsichtsrats und seiner Ausschüsse teilnehmen. Die schriftliche Stimmabgabe kann durch ein anderes Aufsichtsratsmitglied überreicht werden.
- (4) Die Beschlüsse des Aufsichtsrats werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden, bei seiner Nichtteilnahme an der Beschlussfassung oder Verhinderung die Stimme seines Stellvertreters.
- (5) Schriftliche, fernmündliche oder andere vergleichbare Formen der Beschlussfassungen des Aufsichts-

rats und seiner Ausschüsse sind nur zulässig, wenn keines seiner Mitglieder diesem Verfahren widerspricht.

(6) Der Aufsichtsrat kann durch Beschluss einzelne seiner Aufgaben Ausschüssen übertragen, soweit es das Gesetz zulässt. Die Verantwortlichkeit des gesamten Aufsichtsrats wird dadurch nicht berührt. Aufsichtsratsausschüsse sind beschlussfähig, wenn mindestens drei Mitglieder an der Beschlussfassung teilnehmen. Absatz 4 gilt entsprechend.

(7) Über alle Sitzungen des Aufsichtsrats sind Niederschriften anzufertigen, die der Vorsitzende, bei seiner Verhinderung der Stellvertreter, zu unterzeichnen hat.

(8) Bei Bedarf nehmen die Mitglieder des Vorstands an den Sitzungen des Aufsichtsrats und seiner Ausschüsse teil. Sie werden durch den Vorsitzenden des Aufsichtsrats dazu geladen. Der Aufsichtsrat und seine Ausschüsse entscheiden, ob zur Beratung über einzelne Tagesordnungspunkte weitere Personen hinzugezogen werden.

(9) Die Mitglieder des Aufsichtsrats erhalten für ihre Tätigkeit eine jährliche Vergütung. Die Höhe wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Die Verteilung obliegt dem Aufsichtsrat. Die Mitglieder des Aufsichtsrats erhalten darüber hinaus für ihre Tätigkeit Ersatz ihrer Fahrtkosten sowie Tage- und Übernachtungsgelder. Die für die Bezüge zu entrichtende Umsatzsteuer wird gesondert erstattet.

(10) Erklärungen des Aufsichtsrats werden namens des Aufsichtsrats durch den Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch seinen Stellvertreter abgegeben.

(11) Auf Vorschlag des Aufsichtsrats kann die Mitgliederversammlung dem ausgeschiedenen Vorsitzenden des Aufsichtsrats in Anerkennung seiner Verdienste um das Wohl der Gesellschaft auf Lebenszeit den Titel »Ehrevorsitzender des Aufsichtsrats« verleihen.

3. DER VORSTAND

§ 15 Bestellung

- (1) Der Vorstand, der aus mindestens zwei Personen zu bestehen hat, wird vom Aufsichtsrat bestellt. Der Aufsichtsrat kann sowohl ordentliche als auch stellvertretende Vorstandsmitglieder bestellen.
- (2) Der Aufsichtsrat bestimmt die Anzahl der Mitglieder des Vorstands und deren Bestellungszeitraum, der höchstens fünf Jahre beträgt. Eine wiederholte Bestellung oder Verlängerung der Amtszeit, jeweils für höchstens fünf Jahre, ist zulässig.

(3) Der Aufsichtsrat kann ein Vorstandsmitglied zum Vorsitzenden des Vorstands oder zum Sprecher des Vorstands ernennen.

§ 16 Vertretungsbefugnis

Die Gesellschaft wird gesetzlich vertreten durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen.

§ 17 Aufgaben

(1) Die Rechte und Pflichten des Vorstands bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

(2) Dem Vorstand obliegt die Leitung des Geschäftsbetriebs. Er vertritt die Gesellschaft gerichtlich und außergerichtlich.

(3) Der Vorstand ernennt die Prokuristen. Er bedarf hierzu der Zustimmung des Aufsichtsrats. Der Widerruf von Prokuren erfolgt durch den Vorstand.

(4) Der Vorstand ist gemäß § 27 dieser Satzung ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrats Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern.

(5) Der Vorstand informiert die Mitgliedervertreter in jeder ordentlichen Mitgliederversammlung über Satzungsänderungen gemäß § 13 e) sowie über die Einführung oder Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 13 i) dieser Satzung.

§ 18 Geschäftsordnung

(1) Der Aufsichtsrat erlässt eine Geschäftsordnung für den Vorstand.

(2) Die Beschlüsse des Vorstands werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Sofern ein Vorstandsmitglied zum Vorsitzenden des Vorstands ernannt ist, gibt bei Stimmgleichheit seine Stimme den Ausschlag, wenn der Vorstand aus mehr als zwei Personen besteht. Näheres kann der Aufsichtsrat durch Beschluss regeln.

4. DER BEIRAT

§ 19 Berufung

(1) Ein Beirat kann gebildet werden.

(2) Die Mitglieder des Beirats werden auf Vorschlag des Vorstands vom Aufsichtsrat berufen.

§ 20 Aufgaben

Der Beirat soll die Geschäftsentwicklung der Gesellschaft fördern.

§ 21 Geschäftsordnung

(1) Der Vorstand erlässt im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat eine Geschäftsordnung für den Beirat. Sie enthält Bestimmungen zur Zusammensetzung, Berufung, Amtsdauer, Einberufung und zur Teilnahme an den Sitzungen, zu den Aufgaben und zur inneren Ordnung.

(2) Die Mitglieder des Beirats erhalten für ihre Tätigkeit eine Vergütung, die der Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat festsetzt. Sie erhalten darüber hinaus für ihre Tätigkeit Ersatz ihrer Fahrtkosten sowie Tage- und Übernachtungsgelder. Die für die Bezüge zu entrichtende Umsatzsteuer wird gesondert erstattet.

III. RECHNUNGSWESEN

§ 22 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.

§ 23 Jahresabschluss

(1) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und den Lagebericht, die nach den gesetzlichen und den von der Aufsichtsbehörde erlassenen Vorschriften zu erstellen sind, für das vergangene Geschäftsjahr innerhalb der vorgeschriebenen Frist aufzustellen und dem Abschlussprüfer vorzulegen.

(2) Nach Prüfung durch den Abschlussprüfer hat der Vorstand Jahresabschluss, Lagebericht und Prüfungsbericht unverzüglich dem Aufsichtsrat vorzulegen und zugleich den Vorschlag für die Überschussverwendung zu unterbreiten.

§ 24 Vermögensanlagen

(1) Das Vermögen der Gesellschaft ist nach den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien der Aufsichtsbehörde anzulegen.

(2) Zur Überwachung des Sicherungsvermögens sind ein Treuhänder und ein Stellvertreter des Treuhänders zu bestellen. Die Vorschriften der §§ 128 bis 130 VAG und die hierauf bezogenen aufsichtsbehördlichen Anordnungen finden entsprechende Anwendung.

§ 25 Rückstellungen, Rücklagen und Überschussverwendung

(1) Die Gesellschaft hat in ihrem Jahresabschluss die nach den gesetzlichen Vorschriften erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen zu bilden.

(2) Von dem sich nach Zuweisung zu den erforderlichen Rückstellungen ergebenden Rohüberschuss einschließlich Direktgutschrift im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen des VAG in Verbindung mit den für die Überschussverwendung maßgeblichen Verordnungen sind jährlich mindestens 5 vom Hundert der Verlustrücklage (§ 193 VAG) zuzuführen, bis diese 20 vom Hundert der durchschnittlichen gebuchten Bruttobeiträge der letzten drei Geschäftsjahre erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat, soweit dadurch die Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht tangiert wird. Der verbleibende Rohüberschuss ist, soweit er nicht zur Bildung anderer Gewinnrücklagen verwendet wird, der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuführen.

(3) Überschussanteile werden nur an Versicherungen ausgeschüttet, die zur Zeit der Ausschüttung noch in Kraft sind.

(4) Die Überschussbeteiligung der Versicherten richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § 153 VVG, und den vertraglichen Vereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer. Sie kann vom Vorstand auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden, soweit die gesetzlichen Vorschriften und die vertraglichen Vereinbarungen Änderungen zulassen. Das Versicherungsunternehmen ist darüber hinaus zu einer anderen Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach Maßgabe des § 139 VAG in seiner jeweils geltenden Fassung berechtigt.

§ 26 Deckung von Fehlbeträgen

Schließt ein Geschäftsjahr mit einem Verlust ab, so ist der Fehlbetrag, soweit er nicht aus anderen Gewinnrücklagen gedeckt werden kann, der Verlustrücklage (§ 193 VAG) zu entnehmen.

IV. SATZUNGSÄNDERUNG, ÄNDERUNG UND EINFÜHRUNG ALLGEMEINER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

§ 27

(1) Zu allen Änderungen der Satzung ist die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich. Sie sind nach Genehmigung zur Eintragung beim Handelsregister anzumelden und satzungsgemäß bekannt zu machen.

(2) Satzungsänderungen wirken für und gegen alle Mitglieder. Sie treten mit der Eintragung in das Handelsregister in Kraft. Von diesem Zeitpunkt an wirken Satzungsänderungen auch für bestehende Versicherungsverträge.

(3) Der Aufsichtsrat ist ermächtigt, die Satzung für den Fall zu ändern, dass die Aufsichtsbehörde Änderungen bzw. Ergänzungen verlangt. Er ist ferner ermächtigt, solche Änderungen vorzunehmen, die nur die Fassung betreffen.

(4) Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrats Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern. Über die Einführung und Änderung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen unterrichtet der Vorstand die Mitgliedervertretung.

(5) Wird eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt, kann sie vom Vorstand mit Wirkung für gekündigte und bestehende Versicherungsverhältnisse gemäß § 164 VVG ersetzt werden. Über diese Änderungen unterrichtet der Vorstand die Mitgliedervertretung.

V. AUFLÖSUNG

§ 28

(1) Die Gesellschaft ist aufzulösen, wenn in einer ausdrücklich zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung eine Mehrheit von drei Vierteln der amtierenden Mitgliedervertreter die Auflösung beschließt. Der Antrag auf Auflösung muss entweder vom Vorstand, vom Aufsichtsrat oder von einem Drittel der Mitgliedervertreter der Mitgliederversammlung gestellt sein. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) Die zwischen den Mitgliedern und der Gesellschaft bestehenden Versicherungsverhältnisse erlöschen mit dem Zeitpunkt, der im Auflösungsbeschluss festgelegt ist, frühestens jedoch mit Ablauf von vier Wochen nach Wirksamwerden des Auflösungsbeschlusses. Die bis zum Erlöschen entstandenen Versicherungsansprüche werden durch die Auflösung nicht berührt.

(3) Die Abwicklung geschieht durch den Vorstand, sofern die Mitgliederversammlung nicht andere Personen zu Abwicklern bestellt.

(4) Nach der Auflösung ist das Vermögen der Gesellschaft zunächst zur Befriedigung aller vorhandenen Verbindlichkeiten einschließlich bereits bestehender Versicherungsansprüche zu verwenden. Reicht das Vermögen nicht zur Befriedigung aller Versicherungsansprüche aus, so sind diese verhältnismäßig zu kürzen. Verbleibt ein Überschuss, so wird er zugunsten der Mitglieder verwendet.

VI. ÜBERTRAGUNG DES VERSICHERUNGS- BESTANDES

§ 29

Die Mitgliederversammlung kann auch die Übertragung des gesamten Versicherungsbestandes mit allen Aktiven und Passiven auf ein anderes Versicherungsunternehmen beschließen. Der Antrag auf Übertragung muss entweder vom Vorstand, vom Aufsichtsrat oder von einem Drittel der Mitglieder der Mitgliederversammlung gestellt sein. Der die Übernahme des Versicherungsbestandes durch ein anderes Versicherungsunternehmen begründende Vertrag muss bei der Beschlussfassung vorlie-

gen. Die Beschlussfassung bedarf der Mehrheit von drei Vierteln der amtierenden Mitgliedervertreter.

*Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 08.06.2022,
Geschäftszeichen: VA 22-I 5002-1007-2022/0001.*

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarife BV10 und BV11)

Druck-Nr. pm 2300 – 01.2024

Inhaltsverzeichnis

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN

- § 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 2 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?
- § 3 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns Angaben verschweigen?
- § 4 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag und wie müssen Mitteilungen erfolgen?
- § 5 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?
- § 6 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

B. LEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

- § 7 Welche Leistungen erbringen wir, wenn der Versicherte berufsunfähig wird?
- § 8 Wann gilt der Versicherte als berufsunfähig und wann nicht?
- § 9 Gibt es ein vereinfachtes Verfahren, wenn der Versicherte an Krebs erkrankt?
- § 10 Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben?
- § 11 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?
- § 12 In welchen Fällen leisten wir nicht?

C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN

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

D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN

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

E. BEITRÄGE UND KOSTEN

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

F. ÜBERBRÜCKUNG VON ZAHLUNGSSCHWIERIGKEITEN

- § 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen?

§ 24 Wie können Sie Ihre Beiträge stoppen?

G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

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

§ 26 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten gibt es?

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS

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

I. SONSTIGES

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

§ 29 Welche unserer Regelungen können geändert werden?

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

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

Wichtiger Hinweis: Damit Sie die Bedingungen leichter verstehen können, erklären wir Fachbegriffe im Anhang. Alle Fachbegriffe, die wir dort erklären, haben wir mit dem Zeichen [→] gekennzeichnet.

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

A. VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

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

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

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

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

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

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

Auch nachdem Sie den Antrag gestellt oder ein Angebot angefordert haben, können neue gefahrerhebliche

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

(2) Wenn wir eine andere Person versichern sollen, muss auch diese die Fragen richtig und vollständig beantworten.

Besonderheit für Verträge der betrieblichen Altersversorgung

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

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

Im Folgenden informieren wir Sie, unter welchen Bedingungen wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag anpassen oder
- den Vertrag wegen [→] arglistiger Täuschung anfechten können.

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

Rücktritt

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

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

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

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, 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 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 Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben.

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

Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Anfechtung

(7) Wenn Sie die Anzeigepflicht [→] arglistig verletzen, können wir den Vertrag anfechten. Dann erlischt

der Vertrag von Anfang an und wir erbringen keine Leistungen.

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 Ihr 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 (§ 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 oder bei [→] juristischen Personen den Sitz ins Ausland verlegen, gilt: Für Klagen sind die deutschen Gerichte zuständig.

B. LEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

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

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

- Befreiung von der Zahlung der Beiträge:
Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen.
- Rente:
Wir zahlen eine Berufsunfähigkeitsrente am Anfang eines jeden Monats. Sie können bei Abschluss des Vertrags auch eine andere Zahlungsweise wählen, wenn Sie keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben.
- Garantierte Steigerung der Rente:
Während wir leisten erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz. Die Rente steigt zu Beginn eines jeden [→] Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Leistungszeit. Wenn der Versicherte erneut berufsunfähig werden sollte, zahlen wir die zuletzt erreichte Berufsunfähigkeitsrente

weiter. Bisherige Erhöhungen aus der garantierten Steigerung der Rente bleiben also erhalten. Künftig erhöht sich die Rente weiter. Dafür berechnen wir den vereinbarten Prozentsatz auf die zuletzt erreichte Rente. Dazu zählen auch der erreichte Rentenzuwachs (siehe § 13 Absatz 5) und die Erhöhungen durch die [→] Dynamik.

– Einmalige Leistung:

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

(2) Wenn der [→] Versicherte während der Dauer dieses Vertrags berufsunfähig wird, erbringen wir die vereinbarten Leistungen. Der Versicherte gilt auch als berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig wird. Mehr dazu finden Sie in § 11. Ihre persönlichen Vertragsdaten finden Sie in Ihrem [→] Versicherungsschein. Persönliche Vertragsdaten sind zum Beispiel:

- Höhe der Leistungen
- Beginn und Ende des Vertrags.

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

- dem [→] Rechnungszins von 0,25 % pro Jahr und
- unseren Annahmen zum Eintritt des versicherten [→] Risikos.

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

Beginn und Ende der Leistungen

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

Unsere Leistungen enden, wenn

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

(4) Sie können eine [→] Karenzzeit vereinbaren. In diesem Fall zahlen Sie einen geringeren Beitrag. Wir zahlen dann die Rente erstmals zum Anfang des Monats, nachdem die Karenzzeit endet. Bedingung: Der [→] Versicherte war während der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig und ist dies auch noch nach dem Ende der Karenzzeit. Die Karenzzeit gilt nur für

die Rente. Die anderen Leistungen nach Absatz 1 erhalten Sie bereits zum Anfang des Monats, nachdem der Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn der Versicherte während der Dauer des Versicherungsschutzes erneut berufsunfähig wird, rechnen wir die bereits zurückgelegte Karenzzeit an. Folgende Bedingungen müssen hierfür erfüllt sein:

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

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

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

- Der [→] Versicherte ist weiter berufsunfähig.
- Der Versicherte ist nach dem Ende des Versicherungsschutzes erneut wegen der ursprünglichen Ursache berufsunfähig. Dies gilt, wenn wir in der Zwischenzeit keine Leistungen mehr erbracht haben, weil der Versicherte nicht mehr berufsunfähig war. **Bitte beachten Sie:** Die Mitwirkungspflichten in § 14 gelten erneut.

Hilfestellungen

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

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

- welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten,
- wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen,
- wie [→] Selbständige ihren Betrieb umorganisieren können oder

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

Wir beteiligen uns an den Kosten einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Dies gilt nur, wenn unsere Leistungspflicht infolge der Rehabilitation endet. Als Unterstützung zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten, höchstens 6.000 EUR. Wir zahlen nur, wenn die Kosten der Rehabilitation nicht von Dritten übernommen werden. Dies können zum Beispiel die Deutschen Rentenversicherung oder die Gesetzliche Krankenversicherung sein.

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

Beiträge während der Prüfung der Leistungspflicht

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

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

Wenn Sie unsere Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen,

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

bis das Gericht rechtskräftig entschieden hat.

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

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

Sie können die Beiträge auch mit dem Guthaben verrechnen lassen, sofern dies in ausreichender Höhe vor-

handen ist. Wir ziehen dann die gestundeten Beiträge vom Guthaben ab. Dadurch können sich die versicherten Leistungen aus diesem Vertrag verringern. Wenn die neue garantierte Rente 600 EUR im Jahr nicht erreicht, beenden wir den Vertrag. In diesem Fall zahlen wir nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

Weltweiter Schutz im Beruf und in der Freizeit

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

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

Definition Berufsunfähigkeit

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

- Dauer:
Der Versicherte ist berufsunfähig, wenn er seinen Beruf
 - voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht ausüben kann oder
 - bereits sechs Monate ununterbrochen nicht ausüben konnte und der Zustand andauert. Der Versicherte gilt dann als berufsunfähig von Beginn dieses Zeitraums an und wir leisten rückwirkend.
- Mindestgrad:
Der Versicherte ist dann berufsunfähig, wenn er seinen Beruf zu mindestens 50 % (Mindestgrad) nicht ausüben kann. Sie können auch einen Mindestgrad von 75 % vereinbaren. Dann zahlen wir die Leistungen erst, wenn der Versicherte zu mindestens 75 % berufsunfähig ist.
- Ursache:
Der Versicherte ist nur dann berufsunfähig, wenn er gesundheitlich beeinträchtigt ist und ein Arzt dies bescheinigt. Dies kann folgende Ursachen haben:
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - einen Verfall der Kräfte. Ein Verfall der Kräfte liegt bereits dann vor, wenn dieser dem Alter des Versicherten entspricht.

– Zuletzt ausgeübter Beruf:

Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach seinem zuletzt ausgeübten Beruf. Dieser Beruf kann auch in Teilzeit ausgeübt werden ([→] Teilzeittätigkeit) oder sich aus mehreren verschiedenen beruflichen Teilzeittätigkeiten zusammensetzen ([→] Mischstätigkeit). Wir betrachten, wie der zuletzt ausgeübte Beruf ausgestaltet war, als der Versicherte noch nicht gesundheitlich beeinträchtigt war.

Als Berufe zählen auch die Tätigkeiten folgender Personen

- [→] Hausfrauen und Hausmänner,
- Schüler,
- Studenten und
- Auszubildende.

Auch bei diesen Berufen ist für die Beurteilung die vom Versicherten tatsächlich ausgeübte Tätigkeit maßgeblich.

Bitte beachten Sie: Wir prüfen zu Gunsten des Studenten zusätzlich auch die Fähigkeit, in einem mit dem Studium regelmäßig erreichten Beruf zu arbeiten. Dies gilt entsprechend auch für Auszubildende.

Wir verzichten auf eine [→] abstrakte Verweisung.

Bitte beachten Sie folgende Besonderheiten:

- Hat der Versicherte seinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen geändert oder gewechselt („leidensbedingter Berufswechsel“), gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich ausgeübten Beruf.
- Befindet sich der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in der gesetzlichen Eltern-, Pflege- oder Familienpflegezeit, gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor dieser Zeit tatsächlich ausgeübten Beruf. Ausnahme: Sie teilen uns mit, dass der Versicherte seinen Beruf geändert oder gewechselt hat (zum Beispiel eine Tätigkeit als Hausfrau/-mann).
- Ist der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit arbeitslos oder in Kurzarbeit, gilt Folgendes: Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach dem vor der Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit tatsächlich ausgeübten Beruf.

Keine Berufsunfähigkeit wegen konkreter Ausübung einer zumutbaren Tätigkeit

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

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

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

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

Keine Berufsunfähigkeit wegen Umorganisation

(3) Ein [→] Selbständiger gilt in folgendem Fall nicht als berufsunfähig: Der [→] Versicherte könnte weiter in seinem Betrieb tätig sein, wenn der Betrieb umorganisiert würde. Es muss zumutbar und betrieblich sinnvoll sein, dass der Betrieb umorganisiert wird. Das ist dann der Fall, wenn die Umorganisation

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

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

- Der Selbständige ist Akademiker und übt in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten aus.
- Der Selbständige beschäftigt in seinem Betrieb in den letzten zwei Jahren durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter. Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten zählen nicht zu den Mitarbeitern. Für selbständige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apo-

theker oder Psychotherapeuten gilt: Als Mitarbeiter zählen nur Angestellte mit einem akademischen Abschluss in einem Heilberuf.

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

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

Zumutbare Tätigkeiten

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

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

Erwerbsminderung

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

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

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

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

Infektionsgefahr

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

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

Sonderregelung:

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

- Human- oder Zahnmediziner,
- Student der Human- oder Zahnmedizin oder
- medizinisch behandelnder bzw. pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Dazu zählen zum Beispiel
 - Krankenschwestern und Krankenpfleger,
 - Altenpflegerinnen und Altenpfleger,
 - Hebammen und Entbindungspfleger und
 - Arzthelferinnen und Arzthelfer.

Für Human- und Zahnmediziner sowie Studenten der Human- und Zahnmedizin gilt: Anstelle des behördlichen Nachweises können auch wir die Gefahr der Ansteckung beurteilen. Dies muss anhand objektiver

Kriterien geschehen und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Im Zweifel holen wir dazu ein Gutachten eines Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin ein. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Ausstieg aus dem Beruf

(7) Wenn der [→] Versicherte vorübergehend oder endgültig nicht mehr erwerbstätig ist, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Es gelten auch in diesem Fall die Regelungen der Absätze 1 und 2. Ob der Versicherte berufsunfähig ist, beurteilen wir nach seinem zuletzt vor dem Ausstieg ausgeübten Beruf.

§ 9 Gibt es ein vereinfachtes Verfahren, wenn der Versicherte an Krebs erkrankt?

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

Voraussetzungen hierfür sind:

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

Bitte beachten Sie:

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

Soweit in diesem 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, nachdem der [→] Versicherte nach Absatz 2 an [→] Krebs erkrankt ist.

(4) Unsere Leistungen enden, wenn

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

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

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

Beantragen von Leistungen

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

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

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

Bitte beachten Sie:

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

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

(1) Sie können die nach § 7 Absatz 1 vereinbarten Leistungen für den Fall ergänzen, dass der [→] Versicherte arbeitsunfähig wird. Soweit in diesem 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 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, [→] Selbstständige, Studenten, Schüler und [→] Hausfrauen/-männer.

Wir sehen Folgendes nicht als Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit an: Wenn der Versicherte während einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V 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, nachdem der [→] Versicherte arbeitsunfähig geworden ist. Unsere Leistungen enden

- mit Beginn des Monats, in dem wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder
- mit Ablauf des Monats, in dem 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 bei uns eingegangen sind, geschieht Folgendes: Wir werden innerhalb von fünf Arbeitstagen entscheiden, ob wir Leistungen erbringen oder weitere Informationen 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 dann, ob der Versi-

cherte 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 nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

§ 11 Was gilt, wenn der Versicherte pflegebedürftig wird?

(1) Der [→] Versicherte ist auch berufsunfähig, wenn er pflegebedürftig ist. Soweit in diesem 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 pflegebedürftig.
- Der Versicherte ist bereits sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und der Zustand dauert an. Der Versicherte gilt dann als pflegebedürftig von Beginn dieses Zeitraums an und wir leisten rückwirkend.

Ursache:

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

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers oder
- einen Verfall der Kräfte. Ein Verfall der Kräfte

liegt bereits dann vor, wenn dieser dem Alter des Versicherten entspricht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir leisten trotzdem, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

1. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig

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

2. Fall: Der Versicherte wird berufsunfähig

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

C. ÜBERSCHÜSSE UND BEWERTUNGSRESERVEN

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

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

In diesem Paragraphen erläutern wir Ihnen,

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

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

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

Entstehen von Überschüssen

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

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

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

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

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

Die genannten Prozentsätze gelten für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit. Sie selbst haben keinen Anspruch darauf, dass wir Sie in

einer bestimmten Höhe an den Überschüssen beteiligen.

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

Beteiligung an den Überschüssen

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

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

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

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(4) Solange wir keine Leistungen erbringen, erhalten Sie einen jährlichen [→] Überschussanteil. Diesen Anteil berechnen wir in Prozent des Beitrags. Wenn Sie [→] Zuschläge zahlen, erhalten Sie hierfür keine Überschussanteile.

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

- Verrechnen mit den Beiträgen:
Wir ziehen die jährlichen Überschussanteile gleichmäßig von Ihren Beiträgen ab. Dadurch sinkt der Beitrag bereits ab Beginn des Vertrags. Wir können die Überschussanteile nur solange mit Ihren Beiträgen verrechnen, wie Sie Beiträge zahlen. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, legen wir die Überschussanteile verzinslich an.
- In einem Fonds anlegen:
Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile in einem Fonds an. Genauere Informationen finden Sie in den Zusatzbedingungen für die Anlage der Überschüsse in einem Fonds.
- Verzinslich anlegen:
Nach Ablauf jedes Versicherungsjahrs legen wir die jährlichen Überschussanteile an. Dieses Guthaben verzinsen wir mit dem [→] Rechnungszins von 0,25 % pro Jahr. Der Zinssatz erhöht sich durch den jährlichen Überschussanteil für verzinsliche Anlagen. Daraus ergibt sich der Gesamtzins. Mit diesem Gesamtzins verzinsen wir das Guthaben jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte berufsunfähig werden sollte, verzinsen wir das Guthaben weiter mit dem Gesamtzins. Wir zahlen das Guthaben der verzinslichen Anlage aus, wenn der [→] Versicherte stirbt oder wenn der Vertrag endet. Wir erhöhen dann das verzinslich angelegte Guthaben um die Beteiligung an den [→] Bewertungsreserven.

Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

(5) Wir erhöhen mit den Überschussanteilen jährlich Ihre Rente. Wir nennen dies Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs berechnen wir mit den in § 7 Absatz 2 genannten [→] Rechnungsgrundlagen. Wenn Sie eine garantierte Steigerung der Rente gewählt haben, gilt diese auch für den Rentenzuwachs. Den Rentenzuwachs erhalten Sie erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, nachdem der [→] Versicherte berufsunfähig geworden ist. Wenn Ihre Rente angestiegen ist, kann sie nicht mehr sinken. Damit garantieren wir den erreichten Rentenzuwachs für die gesamte Rentendauer. Wenn der Versicherte erneut berufsunfähig wird, erhalten Sie wieder den zuletzt erreichten vollen Rentenzuwachs.

Bewertungsreserven

(6) Wir beteiligen Sie nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den [→] Bewertungsreserven. Wir ermitteln jeden Monat neu, welche Bewertungsreserven wir nach den gesetzlichen Vorschriften verteilen können. Die ermittelten Bewertungsreserven ord-

nen wir den einzelnen Verträgen zu. Dabei berücksichtigen wir, wie die Verträge zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen haben. Wir ermitteln und verteilen die Bewertungsreserven so, wie im Gesetz vorgesehen (siehe § 153 Versicherungsvertragsgesetz). Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet:

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:

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

Nur wenn Sie die Überschüsse verzinslich anlegen (siehe Absatz 4), können Bewertungsreserven für das verzinslich angelegte Guthaben entstehen. Wenn der [→] Versicherte stirbt oder der Vertrag endet, zahlen wir die Beteiligung an den Bewertungsreserven aus.

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit:

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

D. AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN

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

Frist

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

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

Unterlagen

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

- Eine Darstellung der Ursachen, die zur Berufsunfähigkeit des [→] Versicherten geführt haben.
- Berichte der Ärzte, die den Versicherten zurzeit behandeln oder bisher behandelt oder untersucht

haben. Wenn sich der Versicherte im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes. Die Berichte müssen nicht in deutscher Sprache geschrieben sein. Sie müssen folgende Punkte beinhalten:

- Ursache des Leidens,
- Beginn des Leidens,
- Art des Leidens,
- Verlauf des Leidens,
- voraussichtliche Dauer des Leidens und
- Auswirkungen des Leidens auf den zuletzt ausgeübten Beruf.

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

- Unterlagen über den Beruf des Versicherten mit Angaben zur Stellung und Tätigkeit. Dies bedeutet: Sie beschreiben den beruflichen Tagesablauf mit den jeweiligen einzelnen Tätigkeiten und den zeitlichen und körperlichen Anforderungen. Wir benötigen diese Angaben für den Zeitpunkt, an dem der Versicherte berufsunfähig geworden ist. Zusätzlich muss uns mitgeteilt werden, was sich seitdem verändert hat.

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

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

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

Die Kosten dafür übernehmen wir. Wir können verlangen, dass der [→] Versicherte sich in Deutschland untersuchen lässt, wenn eine Untersuchung erforderlich ist. Wenn der Versicherte aus dem Ausland anreisen muss, übernehmen wir auf Nachweis die erforderlichen und angemessenen Kosten für Reise und Unterbringung. Zum Beispiel: eine Bahnfahrt zweiter Klasse, ein Flug in der Economy Class, die Unterbringung

in einem 4-Sterne-Hotel. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls.

Ärztliche Empfehlungen

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

Bitte beachten Sie:

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

Dazu gehören zum Beispiel Physiotherapien oder Rückenschulkkurse.

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

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

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

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

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

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

Wenn wir Leistungen zusagen, gilt dies 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: Wir stellen unsere Leistungen frühestens nach sechs Monaten seit Beginn der Leistungspflicht ein. Sobald wir nicht mehr leisten, müssen Sie wieder Beiträge zahlen. Falls eine einmalige Leistung vereinbart ist, zahlen Sie dafür keine Beiträge mehr.

Starthilfe (Wiedereingliederungshilfe)

(4) Wir helfen Ihnen bei einem beruflichen Neustart. Dazu zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn wir aus folgendem Grund nicht mehr leisten: Der [→] Versicherte hat neue berufliche Fähigkeiten erworben und übt tatsächlich eine zumutbare Tätigkeit nach § 8 Absatz 2 aus. Eine Starthilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende [→] Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Mo-

nate 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 den Begünstigten auf zwei Wegen benennen oder ändern:

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

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

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

Diese Erklärung erfordert die [→] Schriftform.

E. BEITRÄGE UND KOSTEN

§ 19 Wie müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?

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

(2) Sie können einen einmaligen Beitrag oder laufende Beiträge zahlen. Laufende Beiträge können Sie in folgenden Abständen (Zahlungsweise) zahlen:

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

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

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

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

(4) Wir buchen Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Anders dürfen Sie nicht zahlen. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

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

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

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

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

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

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

- durch eine gesonderte Mitteilung in [→] Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im [→] Versicherungsschein.

Wir müssen trotzdem leisten, wenn

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

(2) Wenn wir einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig von Ihrem Konto einziehen konnten, schicken wir Ihnen eine Mahnung. Dies gilt auch für sonstige Beiträge, die Sie uns schulden. Wenn Sie den angemahnten Betrag nicht in den gesetzten Fristen zahlen, setzen wir die Leistungen herab wie bei einem Beitragsstopp. Mehr dazu finden Sie in § 24.

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

§ 21 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?

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

- Abschluss- und Vertriebskosten und
- übrige Kosten.

Diese Kosten sind bereits im Beitrag enthalten.

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

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

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

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

Bei dem Tarif BV11 oder bei einem einmaligen Beitrag, ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort ab.

(3) Die übrigen Kosten benötigen wir zum Beispiel

- um Ihren Vertrag zu betreuen, solange Ihr Vertrag läuft und
- um Ihren Vertrag zu verwalten.

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

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

§ 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 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

§ 23 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen?

Wenn Sie vorübergehend Ihre Beiträge nicht zahlen können, können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen. Dafür bieten wir Ihnen eine Beitragspause oder eine Stundung der Beiträge an. Bei der Stundung müssen Sie die ausgesetzten Beiträge innerhalb einer festgelegten Zeit nachzahlen. Nach einer Beitragspause können Sie den gleichen Beitrag wie zuvor weiter zahlen.

Beitragspause

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

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

- **1. Weg:** Sie zahlen wieder den gleichen Beitrag wie vor der Beitragspause. Wir berechnen Ihre versicherten Leistungen neu. Wegen der fehlenden Beiträge während der Beitragspause verringern

sich die versicherten Leistungen dauerhaft ab Beginn der Beitragspause. Die neue garantierte Rente darf nicht geringer sein als 600 EUR im Jahr. Eine [→] Stornogebühr erheben wir nicht.

- **2. Weg:** Sie versichern die gleichen Leistungen wie vor der Beitragspause. Damit zahlen Sie künftig einen höheren Beitrag. Je länger Ihr Vertrag noch läuft, desto geringer wirkt sich die Beitragspause auf den künftigen Beitrag aus.

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

Bitte beachten Sie:

- Sie können Ihre Beitragspause einmalig auf höchstens 24 Monate verlängern.
- Sie können Ihre Beitragspause vorzeitig beenden und zahlen Ihre Beiträge wieder zu den gleichen Terminen wie vor der Beitragspause.
- Während der Beitragspause können Sie keine Ausbau- oder Nachversicherungsgarantie ausüben.
- Wenn Sie eine [→] Dynamik vereinbart haben, gilt: Während der Beitragspause werden die Beiträge nicht planmäßig erhöht.

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

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

Stundung

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

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

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

- mit dem Guthaben aus den Überschüssen. Dies ist nur möglich, wenn Sie die Überschüsse verzinslich anlegen oder in einem Fonds anlegen. Mehr dazu finden Sie in § 13 Absatz 4.

Sie müssen innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information

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

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

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

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

§ 24 Wie können Sie Ihre Beiträge stoppen?

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

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

Bitte beachten Sie: 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 nichts aus, insbesondere zahlen wir keine Beiträge an Sie zurück.

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

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

Für den neuen Vertrag gelten die dann gültigen Tarife, Bedingungen und Steuerregelungen. Für die Gestaltungsmöglichkeiten nach § 25 Absätze 1 bis 4 gilt der Beginn des ursprünglichen Vertrags. Die Höhe des Beitrags richtet sich danach, wie wir das Risiko beim letzten Vertrag eingestuft haben. Wenn wir dort [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen vereinbart haben, gelten diese auch für den neuen Vertrag. Ihre zum ursprünglichen Vertrag gemachten Angaben zu Gesundheit, Beruf und Einkommen werden auch Inhalt des neuen Vertrags. Dies müssen Sie uns bei Abschluss des neuen Vertrags nach einem Beitrags-Stopp bestätigen.

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

G. GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

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

Mit unserer Ausbau- und Nachversicherungsgarantie können Sie einen bestehenden Vertrag erhöhen oder einen neuen Vertrag abschließen. Dabei führen wir keine neue [→] Risikoprüfung durch. Die nachfolgen-

den Erhöhungsmöglichkeiten beziehen sich nur auf einen Ihrer Verträge mit Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitschutz. Diesen bezeichnen wir als den ursprünglichen Vertrag.

Wenn Sie die Rente im bestehenden Vertrag erhöhen wollen, gelten folgende Voraussetzungen:

- Der ursprüngliche Vertrag besteht noch keine fünf Jahre.
- Sie zahlen für den ursprünglichen Vertrag noch Beiträge.

Wenn Sie die Rente in einem neuen Vertrag erhöhen wollen, beachten Sie bitte Folgendes:

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

Bitte beachten Sie:

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

Ausbaugarantie

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

Es gelten folgende Voraussetzungen:

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

- Der Versicherte ist nicht älter als 40 Jahre, wenn Sie die Ausbaugarantie ausüben.
- Sie erhöhen die jährliche Berufsunfähigkeitsrente um insgesamt höchstens 6.000 EUR.
- Die gesamte jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus allen bei uns bestehenden Verträgen beträgt höchstens 30.000 EUR. Dazu zählen auch die neu versicherte Berufsunfähigkeitsrente und bisherige Erhöhungen aus der [→] Dynamik.

Nachversicherungsgarantie

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

Es gelten folgende Voraussetzungen:

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

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

- heiratet,
- bekommt oder adoptiert ein Kind,
- nimmt seine berufliche Tätigkeit nach der gesetzlichen Elternzeit wieder auf; dies gilt nur, wenn der Versicherte nicht schon wegen Geburt oder Adoption des Kindes erhöht hat,
- lässt sich scheiden oder lässt eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufheben,
- wird volljährig,
- beginnt erstmals ein Studium,
- beginnt erstmals eine Berufsausbildung,
- schließt eine akademische Weiterqualifikation ab (zum Beispiel Facharzt Ausbildung, Bachelor, Staatsexamen, Promotion); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht,
- schließt eine Meisterprüfung erfolgreich ab,
- erhält Prokura,
- macht sich hauptberuflich selbständig,
- wird als selbständiger Handwerker von der Versi-

cherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit,

- ist nicht mehr Pflichtmitglied in einem Versorgungswerk,
- verliert seine Ansprüche für den Fall einer Berufsunfähigkeit aus der betrieblichen Altersversorgung ganz oder teilweise,
- kauft eine Immobilie, die mindestens 50.000 EUR kostet. Es genügt auch, wenn er ein Darlehen für einen Aus- oder Umbau seiner Immobilie in derselben Höhe aufgenommen hat,
- nimmt ein Darlehen von mindestens 50.000 EUR im Zusammenhang mit seiner gewerblichen oder freiberuflichen Tätigkeit auf.

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

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

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

Zusätzliche Nachversicherungsgarantie für Berufseinsteiger

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

Als Berufseinsteiger gilt der [→] Versicherte, wenn

- er eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen hat und

- im Anschluss erstmals eine Berufstätigkeit aufnimmt und
- nicht älter als 35 Jahre ist.

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

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

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

Gemeinsame Regelungen für die Ausbau- und Nachversicherungsgarantie

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

- Sie können die jährliche Berufsunfähigkeitsrente aus Absatz 1 und 2 insgesamt höchstens um 12.000 EUR erhöhen. Die Erhöhung für Berufseinsteiger nach Absatz 3 kann zusätzlich erfolgen.
- Beträgt die anfängliche jährliche Rente des ursprünglichen Vertrags höchstens 30.000 EUR, gilt: Sie können die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt auf bis zu 42.000 EUR erhöhen. Dazu zählen auch die neu versicherte Berufsunfähigkeitsrente und bisherige Erhöhungen aus der [→] Dynamik.
Beträgt die anfängliche jährliche Rente des ursprünglichen Vertrags mehr als 30.000 EUR, gilt diese Obergrenze nicht.
- Wenn Sie in einem neuen Vertrag erhöhen und eine Rentenversicherung mit [→] BUZ wählen, gilt: Die gesamte Beitragsbefreiung aller bei uns bestehenden Verträge mit BUZ darf höchstens 6.000 EUR im Jahr betragen. Dazu zählen auch die neu versicherte Beitragsbefreiung und bisherige Erhöhungen aus der Dynamik.
- Der Versicherte ist nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben.
- Wenn der Versicherte bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus bei uns bestehenden Verträgen erhalten hat, gilt: Wir können die Gestaltungsmöglichkeiten einschränken oder ausschließen.

- Die Berufsunfähigkeitsrente muss in einem [→] angemessenen Verhältnis zum Einkommen des Versicherten aus Erwerbstätigkeit stehen. Das Einkommen müssen Sie uns auf Verlangen nachweisen.
- Die Höhe des Beitrags richtet sich danach, wie wir das [→] Risiko beim ursprünglichen Vertrag eingestuft haben. Wenn wir dort [→] Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen vereinbart haben, gelten diese auch für die Erhöhungen.
- Wenn der Versicherte bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags Schüler oder [→] Hausfrau/-mann war, gilt Folgendes: Der Beitrag für den erhöhten Teil richtet sich nach dem ausgeübten Beruf des [→] Versicherten zum Zeitpunkt der Erhöhung. Ergibt sich aufgrund des neuen Berufs kein höherer Beitrag als für den ursprünglichen Beruf, kann die Erhöhung im bestehenden Vertrag erfolgen. Ergibt sich aufgrund des neuen Berufs ein höherer Beitrag als für den ursprünglichen Beruf, erfolgt die Erhöhung in einem neuen Vertrag.

Zusätzliche Erweiterungsmöglichkeiten

- (5) Wenn Sie eine der Erhöhungsmöglichkeiten ausüben und dafür einen neuen Vertrag abschließen, gilt: Sie können
- zusätzlich eine [→] Dynamik vereinbaren und/oder
 - ein höheres Endalter für den Versicherungsschutz festlegen. Dies gilt nur, wenn Sie für den ursprünglichen Vertrag ein Endalter von mindestens 60 Jahren vereinbart haben.

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

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

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

§ 26 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten gibt es?

Verlängerung des Versicherungsschutzes

- (1) Wenn die Regelaltersgrenze in

- der Deutschen Rentenversicherung oder
- den berufsständischen Versorgungswerken

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

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

Wenn Sie Ihren Vertrag verlängern wollen, gelten folgende Voraussetzungen:

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

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

Herabsetzung des Beitrags

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

Garantierte Steigerung der Rente

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

Prüfung des Beitrags nach einem Berufswechsel

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

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

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

H. KÜNDIGUNG DES VERTRAGS

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

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

I. SONSTIGES

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

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

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

E-Mail: leben@alte-leipziger.de
Internet: www.alte-leipziger.de

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

Versicherungsombudsmann

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 <http://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 ist BaFin keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 29 Welche unserer Regelungen können geändert werden?

Nachträgliche Bedingungsanpassungen

- (1) Wenn eine Regelung in diesen Bedingungen durch
- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
 - einen bestandskräftigen Verwaltungsakt (zum Beispiel der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden)

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

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

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

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

Beitrags- und Leistungsänderungen

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

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

Wir dürfen den Beitrag nicht ändern, wenn

- unsere Erst- oder Neuberechnungen unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statis-

tischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

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

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

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

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

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

Abstrakte Verweisung

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

- Der [→] Versicherte könnte eine Tätigkeit aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben und
- diese Tätigkeit würde seiner bisherigen Lebensstellung entsprechen und
- diese Tätigkeit geht nicht zu Lasten seiner Gesundheit.

Angemessenes Verhältnis zum Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Als angemessen gilt bei Arbeitnehmern: Die gesamte jährliche Rente darf höchstens 70 % des letzten jährlichen [→] Bruttoeinkommens betragen. Bei [→] Selbständigen darf die gesamte jährliche Rente höchstens folgende Höhe haben: 70 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre. Zur gesamten jährlichen Rente gehören alle bestehenden und beantragten Absicherungen der Arbeitskraft des Versicherten. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung zählen nicht dazu. Weitere Details, in welchem Umfang einzelne Absicherungen nach unseren aktuellen Annahmerichtlinien anzurechnen sind, stellen wir auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Arglistig

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

Begünstigter

Sie können eine Person bestimmen, die im [→] Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll. Dies müssen Sie tun, bevor der Versicherungsfall eingetreten ist. Diese Person nennen wir Begünstigter.

Für Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Erwerbsminderungsversicherung, Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung gilt Folgendes: Der Begünstigte muss der Versicherte selbst oder ein naher Angehöriger des Versicherten im Sinne 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 Steuerinformation unter

dem Punkt C. Versicherungsteuer. Den genauen Wortlaut der Gesetze finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Beitragsfreie Dynamik	Die Leistungen des Hauptvertrags (Rentenversicherung) und aller in die [→] Dynamik eingeschlossenen Zusatzversicherungen erhöhen sich durch die Dynamik weiter. Ausnahme: Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente gewählt haben, erhöht sich diese nicht. Solange der [→] Versicherte berufsunfähig ist, müssen Sie keine Beiträge für die Dynamik zahlen.
Bewertungsreserven	Sie entstehen wie folgt: In unserer Bilanz bewerten wir unsere Kapitalanlagen nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen höher ist als deren Wert in unserer Bilanz, entstehen Bewertungsreserven. Weil die Kapitalmärkte schwanken, können die Bewertungsreserven höher oder niedriger ausfallen. Sie können sogar ganz entfallen. Auch aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.
Bruttoeinkommen	Dies ist der Bruttoarbeitslohn des Versicherten aus nichtselbständiger Tätigkeit. Die Steuer und die Sozialversicherungsbeiträge sind nicht abgezogen.
BUZ	Zusatzversicherung für den Fall einer Berufsunfähigkeit.
Chemotherapie	Behandlung von Krebs mit chemischen Substanzen, die die Teilung von Tumorzellen und sich schnell teilenden Körperzellen verhindern oder verzögern (Zytostatika). Bei der Immuntherapie, zum Beispiel mit monoklonalen Antikörpern, handelt es sich nicht um eine Chemotherapie.
Deckungskapital	Das Deckungskapital ist eine rechnerische Größe Ihres Vertrags. Wir bilden das Deckungskapital aus den Beitragsteilen, die wir nicht sofort für Kosten und das [→] Risiko der Berufsunfähigkeit benötigen. Wir legen das Deckungskapital im [→] klassischen Vermögen an. Das Deckungskapital verzinsen wir garantiert mit 0,25 % pro Jahr.
Demenz	Als Demenz werden durch eine Krankheit bedingte Störungen der Leistungsfähigkeit des Gehirns bezeichnet. Diese gehen mit einem Verlust der geistigen Fähigkeiten einher, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen des [→] Versicherten auswirken (sogenannte kognitive Fähigkeiten).
Dynamik	Wenn Sie in Ihren Vertrag eine Dynamik eingeschlossen haben, erhöhen wir automatisch jährlich Ihren Beitrag. Dadurch steigen die vereinbarten Leistungen. Das [→] Risiko prüfen wir dabei nicht erneut.
Erklärungen	Sind Mitteilungen, die auch einen rechtlichen Charakter haben können. Zum Beispiel: Anfechtungen, Kündigungen, Mahnungen.
Fahrlässig	Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.
Gefahrerhebliche Umstände	Sind für den Vertrag entscheidende Umstände, um diesen überhaupt oder mit dem beantragten Inhalt abzuschließen. Zum Beispiel: Alter, Beruf, Gesundheitszustand.
Grob fahrlässig	Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maß nicht beachten. Mit anderen Worten: Sie haben nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

Hausfrauen/-männer	Die beruflichen Tätigkeiten von Hausfrauen und Hausmännern umfassen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Führung eines Haushalts. Zum Beispiel: Aufräumen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Kochen. Auch Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Familie gehören dazu. Zum Beispiel Kinder erziehen oder Angehörige pflegen.
Juristische Person	Im Unterschied zu einer natürlichen Person ist eine juristische Person zum Beispiel: eine Aktiengesellschaft (AG), eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), eine Stiftung oder ein Verein.
Karenzzeit	Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für Ihren Vertrag einen geringeren Beitrag. Während der Karenzzeit zahlen wir keine Berufsunfähigkeitsrente, obwohl der [→] Versicherte berufsunfähig ist.
Klassisches Vermögen	Mit diesem beschreiben wir das klassische Sicherungsvermögen, das in § 125 Versicherungsaufsichtsgesetz definiert ist. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte . Das klassische Vermögen legen wir zum Beispiel an in Grundstücken, festverzinslichen Wertpapieren und Schuldverschreibungen.
Kollektive Merkmale	Diese können wir berücksichtigen, wenn wir die Beiträge von Verträgen im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung ermitteln. Kollektive Merkmale sind zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none">– der durchschnittliche Krankenstand eines Unternehmens,– die Anzahl der aufgrund von Invalidität oder Erwerbsminderung ausgeschiedenen Mitarbeiter,– Maßnahmen, um Mitarbeiter wieder in den Beruf einzugliedern oder um für die Gesundheit der Mitarbeiter vorzusorgen.
Krebs	Wir nennen eine Krebserkrankung kurz Krebs. Sie liegt vor, wenn ein bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) diagnostiziert wird. Dieser muss durch folgende drei Merkmale gekennzeichnet sein: <ul style="list-style-type: none">– unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen,– Eindringen in umliegendes Gewebe sowie– einer Tendenz, Metastasen zu bilden. Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.
Leistungsdauer	Wenn der [→] Versicherte berufsunfähig ist, zahlen wir unsere Leistungen höchstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Die Leistungsdauer kann länger sein als die Versicherungsdauer, aber nicht umgekehrt.
Mischtätigkeit	Der [→] Versicherte übt mehrere Berufe in Teilzeit aus. Für die Leistungsprüfung berücksichtigen wir in diesem Fall diese Tätigkeiten nebeneinander.
Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen	Eine [→] Demenz nach Schweregrad 5 (Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Der [→] Versicherte kann sich ohne fremde Hilfe nicht mehr

	<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 über das versicherte [→] Risiko, den [→] Rechnungszins 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 0,25 % 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. 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>
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 § 126 Bürgerliches Gesetzbuch geregelt. Den genauen Wortlaut des Gesetzes finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.</p>
Selbständige	<p>Personen, die ihre berufliche Tätigkeit nicht weisungsgebunden ausüben und Einfluss auf die betriebliche Gestaltung nehmen können. Selbständige tragen ein unternehmerisches Risiko. Zu den Selbständigen gehören zum Beispiel</p>

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

Stornogebühr

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

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

Wir berechnen die Stornogebühr wie folgt: Sie beträgt 15 % des Deckungskapitals plus einem weiteren Betrag. Den weiteren Betrag berechnen wir so: 25 % des Deckungskapitals multipliziert mit dem Verhältnis zwischen der restlichen Dauer der Beitragszahlung und der restlichen Vertragsdauer.

Beispiel: Ihr Deckungskapital beträgt 1.000 EUR. Außerdem hätten Sie noch zehn Jahre Beiträge zu zahlen bei einer verbleibenden Vertragsdauer von ebenfalls zehn Jahren. Dann beträgt die Stornogebühr $(1.000 \times 15 \%) + ((1.000 \times 25 \%) \times 10/10) = 400$ 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 beitragsfreien Renten.

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

Strahlentherapie

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

Teilzeittätigkeit

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Textform

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

www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Überschüsse

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

Überschussanteil

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

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

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Druck-Nr. pm 2610 – 01.2022

Wir bieten Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz. Dieser beginnt bereits an dem Tag, an dem Sie einen Antrag stellen. Die weiteren Regelungen finden Sie in diesen zusätzlichen Bedingungen.

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

§ 1 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag oder Ihre Anforderung eines Angebots bei uns eingeht. Damit Sie die Bedingungen leichter verstehen können, sprechen wir im Folgenden nur noch von einem Antrag. Die Regelungen gelten aber ebenfalls für eine Anforderung eines Angebots.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz Ihres Vertrags beginnt,
- Sie Ihren Antrag zurücknehmen,
- Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss des Vertrags kein Interesse mehr haben,
- Sie von Ihrem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch machen,
- Sie einer Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
- wir den ersten Beitrag nicht einziehen konnten aus Gründen, die Sie zu vertreten haben. Dasselbe gilt, wenn Sie dem Einzug widersprochen haben. Auf diese Rechtsfolge weisen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [→] Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hin.

(3) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz fristlos kündigen. Wenn wir kündigen, wird die Kündigung erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam.

§ 2 In welchen Fällen haben Sie einen vorläufigen Versicherungsschutz?

Wir bieten Ihnen in folgenden Fällen einen vorläufigen Versicherungsschutz:

- Ihre Versicherung beginnt nicht später als drei Monate, nachdem Sie den Antrag unterzeichnet haben.
- Sie haben uns erlaubt, den Beitrag einzuziehen oder Sie haben den ersten Beitrag bereits gezahlt.

- Sie haben es nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht, dass die gewählte Versicherung zustande kommt.
- Sie haben einen von uns angebotenen Tarif gewählt.
- Der [→] Versicherte ist noch keine 70 Jahre alt, wenn er den Antrag unterzeichnet.

§ 3 Welche Leistungen bietet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst Leistungen, die fällig werden, wenn der [→] Versicherungsfall eintritt. Wir leisten nur für die Fälle, die Sie im Antrag gewählt haben.

(2) Wenn der [→] Versicherte stirbt, zahlen wir

- die gewählte Leistung für den Todesfall und
- die 15fache Jahresrente, wenn Sie eine Hinterbliebenen- oder Waisenrente gewählt haben.

Wir zahlen zusammen höchstens 180.000 EUR. Wenn Sie einen höheren Betrag beantragt haben, kürzen wir die Leistungen.

(3) Wenn der [→] Versicherte während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes berufsunfähig wird oder eine versicherte Grundfähigkeit verliert, gilt: Sie müssen uns dies innerhalb von drei Monaten ab Beginn des [→] Versicherungsfalls melden. In diesem Fall zahlen wir Folgendes:

- Die gewählte Rente sowie die gewählte einmalige Leistung. Wir zahlen jeweils höchstens 21.000 EUR im Jahr. Bei der Rente zählt die garantierte Steigerung der Rente dazu.
- Die Leistungen aus der Befreiung von der Zahlung der Beiträge oder aus der beitragsfreien Dynamik erbringen wir nur, wenn
 - der Vertrag zustande gekommen ist und
 - solange der Vertrag nicht weggefallen ist.

Wir befreien Sie von der Zahlung der Beiträge höchstens für einen Beitrag von 18.000 EUR im Jahr.

Unsere Leistungen enden, wenn

- der Versicherte nicht mehr berufsunfähig ist,
- der Versicherte alle versicherten Grundfähigkeiten wiedererlangt hat,
- der Versicherte stirbt oder
- die vereinbarte [→] Leistungsdauer endet.

(4) Wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben als die in den Absätzen 2 und 3 genannten Höchstbeträge, kürzen wir unsere Leistungen. Dies gilt auch, wenn Sie bei uns mehrere Anträge für denselben [→] Versicherten gestellt haben.

§ 4 In welchen Fällen leisten wir nicht?

(1) Die in Ihren Vertragsunterlagen genannten Einschränkungen und Ausschlüsse gelten auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

(2) Wir leisten nicht bei [→] Versicherungsfällen aufgrund von Umständen,

- nach denen wir im Antrag fragen und
- von denen Sie oder der [→] Versicherte vor der Unterzeichnung Kenntnis hatten,
- auch wenn diese im Antrag angegeben wurden.

Wir leisten trotzdem, wenn die Umstände nicht die Hauptursache für den Versicherungsfall waren.

(3) Wenn sich der [→] Versicherte [→] vorsätzlich selbst tötet, leisten wir nur, wenn uns Folgendes nachgewiesen wird: Die Geistestätigkeit des Versicherten war bei seiner Handlung krankhaft gestört. Dies gilt dann, wenn der Versicherte aufgrund dieser Störung nicht in der Lage war, sich einen freien Willen zu bilden.

(4) Wir leisten nicht, wenn der [→] Versicherungsfall aus folgenden Gründen eingetreten ist:

- Der [→] Versicherte hat bei inneren Unruhen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen.
- Der Versicherte stirbt bei kriegerischen Ereignissen, wird berufsunfähig oder verliert eine versicherte Grundfähigkeit.

Wir leisten trotzdem, wenn im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen einer der folgenden Fälle zutrifft:

1. Fall: Der Versicherte war

- außerhalb Deutschlands und
- nicht aktiv an den Ereignissen beteiligt.

2. Fall: Der Versicherte war

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

– 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 den Versicherungsfall herbeigeführt.

– Der Versicherungsfall ist durch Strahlen infolge von Kernenergie eingetreten. Die Strahlen haben das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährdet oder geschädigt. 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 Versicherungsfall ist durch vorsätzlich eingesetzte atomare, biologische oder chemische Waffen eingetreten. Dies gilt auch für vorsätzlich eingesetzte oder freigesetzte radioaktive, biologische oder chemische Stoffe. Der Einsatz oder das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Wir leisten trotzdem, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt. Bei diesem Ereignis dürfen nicht

mehr als 1.000 Menschen oder mehr als 1 ‰ unseres [→] Versichertenbestands betroffen sein.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag. Leisten wir aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir den Beitrag für einen Zahlungsabschnitt ein. Haben Sie einen Einmalbeitrag gewählt, ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für die in § 3 genannten Höchstbeträge. Bereits gezahlte Beiträge ziehen wir ab.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen?

(1) Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes vereinbart ist, gelten die Bedingungen für den gewählten Hauptvertrag und die Zusatzversicherungen entsprechend.

(2) Haben Sie im Antrag einen [→] Begünstigten festgelegt, gilt dieser auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

ANHANG: ERKLÄRUNGEN VON FACHBEGRIFFEN

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.

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 Steuerinformation unter dem Punkt C. Versicherungsteuer. Den genauen Wortlaut der Gesetze finden Sie auf folgender Seite im Internet: www.alte-leipziger.de/gesetzestexte.

Fahrlässig

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

Leistungsdauer

Wenn wir während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes die Zahlung einer Rente zusagen, zahlen wir diese höchstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Die Leistungsdauer kann länger sein als die Versicherungsdauer, aber nicht umgekehrt.

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.

Versichertenbestand

Anzahl der Versicherten der Alte Leipziger Lebensversicherung.

Versicherter

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

Versicherungsfall

Liegt vor, wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst.

Zum Beispiel: der [→] Versicherte stirbt, wird berufsunfähig oder verliert eine versicherte Grundfähigkeit.

Versicherungsnehmer

Schließt mit uns den Versicherungsvertrag. Er ist damit unser Vertragspartner des vorläufigen Versicherungsschutzes. Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt oder ein Angebot für eine Versicherung anfordert. Der Versicherungsnehmer kann ein anderer als der [→] Versicherte sein.

Vorsätzlich

Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ziel erreichen will, dabei die Umstände seines Handelns kennt und die Folgen bewusst in Kauf nimmt.

Allgemeine Steuerinformation

Druck-Nr. pm 2600 – 01.2024

Inhaltsverzeichnis

A. EINKOMMENSTEUER

1. Private Versicherungen
 - 1.1 Mindestvoraussetzungen
 - 1.2 Renten- und Kapitallebensversicherungen
 - 1.2.1 Besteuerung von Rentenleistungen
 - 1.2.2 Besteuerung von Kapitaleleistungen
 - 1.2.3 Besonderheiten beim Kirchensteuereinbehalt
 - 1.2.4 Veräußerung von Versicherungsansprüchen
 - 1.2.5 Policendarlehen
 - 1.2.6 Besonderheiten bei fondsgebundenen oder hybriden Versicherungen
 - 1.2.7 Renten nach Ausübung der Pflegeoption
 - 1.3 Risikoversicherungen
 - 1.4 Berufsunfähigkeitsversicherungen
 - 1.5 Erwerbsminderungsversicherungen
 - 1.6 Grundfähigkeitsversicherungen
 - 1.7 Zusatzversicherungen
 - 1.8 Dynamik- und Optionsrechte
 - 1.9 Versorgungsausgleich
 - 1.10 Vertragsänderungen
 - 1.11 Steuerpflichtiger
 - 1.12 Rentenbezugsmitteilungen
2. Betriebliche Versicherungen
 - 2.1 Direktversicherungen
 - 2.1.1 Pauschalversteuerung der Beiträge nach § 40b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung (a.F.)
 - 2.1.2 Steuerfreistellung der Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG in der Fassung ab 01.01.2018
 - 2.1.3 Förderbetrag für Arbeitgeber zur betrieblichen Altersversorgung für Geringverdiener nach § 100 EStG
 - 2.1.4 Steuerfreiheit des Übertragungswertes bei Arbeitgeberwechsel nach § 3 Nr. 55 EStG
 - 2.1.5 Steuerfreie Anwartschaftsübertragung ohne Arbeitgeberwechsel nach § 3 Nr. 55c EStG
 - 2.1.6 Übertragung von Direktversicherungen bei Arbeitgeberwechsel nach dem Übertragungsabkommen

- 2.1.7 Versorgungsausgleich
- 2.1.8 Besteuerung der Leistungen beim Arbeitnehmer/Hinterbliebenen und Rentenbezugsmitteilungen
- 2.2 Direktversicherungen nach dem Sozialpartnermodell
- 2.3 Rückdeckungsversicherungen
- 2.4 Teilhaberversicherungen

B. ERBSCHAFTSTEUER

- 1. Allgemeines
- 2. Leistungen aus Direktversicherungen an den Arbeitnehmer

C. VERSICHERUNGSTEUER

- 1. Renten- und Kapitallebensversicherungen sowie Risikolebensversicherungen
- 2. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- sowie Grundfähigkeiten(-Zusatz)versicherungen
- 3. Versicherungsnehmer ohne Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz in Deutschland

D. UMSATZSTEUER

E. STEUERDATENAUSTAUSCH ZWISCHEN STAATEN

- 1. Meldepflichten nach dem Abkommen zwischen Deutschland und den USA (FATCA)
- 2. Meldepflichten nach dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz

Mit dieser Steuerinformation erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten steuerrechtlichen Regelungen zu Ihrem Versicherungsvertrag. Die nachfolgenden Angaben beruhen auf den – zum Zeitpunkt des auf der Vorderseite angegebenen Stands – geltenden steuerrechtlichen Vorschriften, die wir nach bestem Wissen wiedergeben. Keine Steuerausführungen enthält diese Information zu Versicherungen der Basisversorgung (gesetzlichen Rentenversicherungen, landwirtschaftlichen Alterskassen, berufsständischen Versorgungseinrichtungen und Basisrenten nach § 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa EStG), Altersvorsorgeverträgen nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (Riester-Renten) und für betriebliche Riester-Renten.

Während der Vertragslaufzeit können Rechtsprechung und Änderungen von Gesetzen/Verordnungen Auswirkungen haben, die wir nicht beeinflussen können.

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

A. EINKOMMENSTEUER

1. Private Versicherungen

1.1 Mindestvoraussetzungen

Aus steuerlicher Sicht ist von einem Versicherungsvertrag auszugehen, wenn insbesondere

- bei Rentenversicherungen das Langlebkeitsrisiko getragen wird, in dem u.a. bei konventionellen Rentenversicherungen eine der Höhe nach vertraglich garantierte Rente, bei rein fondsgebundenen Rentenversicherungen ein bezifferter garantierter Rentenfaktor bzw. bei Hybrid-Rentenversicherungen (Fonds- und konventionelle Anlage) entsprechende Garantien konkret vereinbart ist/sind,
- bei Kapitallebensversicherungen ein nennenswertes Todesfallrisiko (Mindesttodesfallschutz) abgesichert ist und
- ein vermögensverwaltender Versicherungsvertrag nach § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 5 EStG auszuschließen ist.

Dies ist bei Ihrem privaten Versicherungsvertrag gegeben, so dass je nach Art des Vertrags die folgenden steuerlichen Regelungen Anwendung finden.

1.2 Renten- und Kapitallebensversicherungen

Konventionelle, fondsgebundene oder hybride Rentenversicherungen mit und ohne Kapitalwahlrecht, die nicht zur Basisversorgung bzw. zur betrieblichen Vorsorge zählen sowie Kapitallebensversicherungen, gehören nach den steuerrechtlichen Regelungen zu den nicht förderbaren Kapitalanlageprodukten. Die Beiträge zu solchen Versicherungen sind bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben absetzbar.

Die Versicherungsleistung aus einem solchen Vertrag wird wie folgt behandelt:

1.2.1 Besteuerung von Rentenleistungen

Lebenslange Leibrenten unterliegen beim Steuerpflichtigen mit dem nach der Tabelle zu § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG zu ermittelnden Ertragsanteil als sonstige Einkünfte der Einkommensteuer. In die Ertragsanteilsbesteuerung sind auch sämtliche Überschussbeteiligungen einzubeziehen. Für die Höhe des Ertragsanteils ist das vollendete Lebensjahr der versicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung maßgebend.

Rentenzahlungen, die durch Tod des Versicherten in der Rentengarantiezeit bis zu deren Ende gezahlt werden, sind auch für den Bezugsberechtigten bzw. Rechtsnachfolger (in der Regel der Erbe) mit dem Ertragsanteil des verstorbenen Versicherten steuerpflichtig.

Abgekürzte Leibrenten aus einer Rentenversicherung mit zeitlich befristeter Rentenzahlung (keine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- Grundfähigkeits- oder Waisenrenten) und echte Zeitrenten sind wie Teilkapitalauszahlungen im Erlebensfall mit den in ihnen enthaltenen Erträgen als Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG) steuerpflichtig. Bei den Teilleistungen (= Renten) sind die anteilig entrichteten Beiträge von dem jeweiligen Auszahlungsbetrag in Abzug zu bringen. Hierbei dürfen die ermittelten Beiträge die jeweilige Teilleistung nicht übersteigen, wodurch ein negativer Unterschiedsbetrag nur bei der letzten Rentenzahlung anfallen kann. Soweit einzelne Teilleistungen nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss und nach Vollendung des 62. Lebensjahrs des Steuerpflichtigen ausgezahlt werden, beträgt der steuerpflichtige Ertrag die Hälfte des Unterschiedsbetrags. Die steuerliche Behandlung der Erträge oder Verluste erfolgt nach den Ausführungen zu Kapitalleistungen im Erlebensfall, siehe 1.2.2.

1.2.2 Besteuerung von Kapitaleistungen

Kapitaleistungen im Todesfall (z.B. Todesfallkapital, Beitragsrückgewähr, Überschussleistung) sind im vollen Umfang einkommensteuerfrei (Ausnahme: bei entgeltlichem Erwerb – siehe 1.2.4).

Kapitaleistungen im Erlebensfall (z.B. Ausübung des Kapitalwahlrechts, Auszahlungen nach Entnahmepplan, Kündigung/Teilkündigung vor oder nach Rentenbeginn) gehören zu den Einkünften aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG). Sie sind in Höhe des Unterschiedsbetrags (bei Fondsanlage siehe auch Nr. 1.2.6) zwischen der Kapitaleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge als Ertrag einkommensteuerpflichtig. Hat der Steuerpflichtige zum Zuflusszeitpunkt das 62. Lebensjahr vollendet und liegt der Vertragsabschluss mindestens 12 Jahre zurück, beträgt der steuerpflichtige Ertrag die Hälfte des Unterschiedsbetrags.

Auf den vollen steuerpflichtigen Ertrag ist die Abgeltungsteuer nach § 32d EStG in Höhe von 25 % zuzüglich des darauf entfallenden Solidaritätszuschlags von 5,5 % anzuwenden. Gehört der Steuerpflichtige einer kirchensteuererhebenden Religionsgemeinschaft an, reduziert sich der Steuersatz wegen des Sonderausgabencharakters der Kirchensteuer von 25 % auf 24,51 % (bei einem Kirchensteuersatz von 8 %) bzw. 24,45 % (bei einem Kirchensteuersatz von 9 %). Der Versicherer hat in gleicher Höhe die Kapitalertragsteuer zuzüglich der Zuschlagsteuern zu erheben und abzuführen, so dass dieser Steuereinbehalt an der Quelle abgeltende Wirkung entfaltet. Steuerpflichtige müssen deshalb diese Einkünfte nicht mehr in ihrer Einkommensteuererklärung angeben. Sie haben aber das Recht die der Abgeltungsteuer unterliegenden Einkünfte aus Kapitalvermögen im Rahmen der Einkommensteuererklärung zu erklären, um z.B. einen bei der Erhebung der Kapitalertragsteuer nicht genutzten Sparer-Pauschbetrag oder Verlustabzug durch Neufestsetzung der Abgeltungsteuer geltend zu machen. Außerdem können sie im Zuge der Einkommensteuererklärung beantragen, dass sämtliche Einkünfte aus Kapitalvermögen den allgemeinen einkommensteuerrechtlichen Regelungen zur Ermittlung der tariflichen Einkommensteuer zu unterwerfen sind, sofern dies zu einer niedrigeren Einkommensteuer führt (Günstigerprüfung durch das Wohnsitzfinanzamt). Sollte dies nicht der Fall sein, bleibt es bei der erhobenen oder festgesetzten Abgeltungsteuer.

Beträgt der steuerpflichtige Ertrag die Hälfte des Unterschiedsbetrags, ist vom Versicherer trotzdem auf den vollen steuerpflichtigen Ertrag die Kapitalertragsteuer zuzüglich der darauf entfallenden Zuschlagsteuern zu erheben und abzuführen. Diese Steuerbe-

träge sind Vorauszahlungen auf die persönliche Einkommensteuer und werden auf die im Rahmen der Veranlagung zu zahlenden Steuerbeträge angerechnet.

Ergibt sich z.B. bei Kündigung ein negativer Unterschiedsbetrag (Verlust), ist dieser mit positiven der Abgeltungsteuer unterliegenden Kapitaleinkünften aus Privatvermögen verrechenbar. Nicht verrechenbare Verluste dürfen jedoch in die folgenden Veranlagungsjahre vorgetragen werden und dort mit entsprechenden positiven Kapitaleinkünften verrechnet werden. Alternativ kann der Verlust im Rahmen des Antrags auf Günstigerprüfung bei der tariflichen Einkommensbesteuerung berücksichtigt werden. Entsteht der negative Unterschiedsbetrag nach Ablauf von 12 Jahren seit Vertragsabschluss und hat der Steuerpflichtige zu diesem Zeitpunkt das 62. Lebensjahr vollendet, vermindert dieser Verlust die nach den allgemeinen einkommensteuerlichen Regelungen zur Ermittlung der tariflichen Einkommensteuer zu ermittelnden Einkünfte aus Kapitalvermögen. Gleicht sich dieser Verlust nicht aus, ist der Ausgleich mit anderen Einkunftsarten vorzunehmen. Verbleibt danach ein nicht ausgeglichener Verlust, ist dieser nach Maßgabe des § 10d EStG in anderen Veranlagungszeiträumen zu verrechnen.

Der Steuerabzug ist vom Versicherer ganz oder teilweise nicht vorzunehmen, wenn der Steuerpflichtige dem Versicherer rechtzeitig einen Freistellungsauftrag oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung vorlegt. Der Versicherer bescheinigt dem Steuerpflichtigen die Erträge oder Verluste und die abgeführten Steuerbeträge, so dass er diese Bescheinigung im Rahmen seiner Einkommensteuererklärung einsetzen kann.

Ist bereits bei Vertragsabschluss absehbar, dass sich bei Ablauf der Versicherung ein negativer Unterschiedsbetrag ergibt, besteht die Gefahr, dass bei Kündigung bzw. bei Ablauf der Versicherung der negative Unterschiedsbetrag nicht zum Verlustausgleich zugelassen wird (fehlende Einkunftserzielungsabsicht). In diesem Fall ist die Einkunftserzielungsabsicht vom Steuerpflichtigen bzw. durch seinen steuerlichen Vertreter darzulegen.

1.2.3 Besonderheiten beim Kirchensteuereinbehalt

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Kirchensteuer automatisch mit der einbehaltenen Kapitalertragsteuer (Abgeltungsteuer) und dem Solidaritätszuschlag an die Finanzverwaltung abzuführen, wenn Sie Mitglied einer kirchensteuererhebenden Religionsgemeinschaft sind. Dazu werden wir Ihre Religionsgemeinschaft und den Kirchensteuersatz in einem automatisierten Verfahren beim Bundeszentralamt für Steuern abfragen. Die Abfrage erfolgt anlassbezogen, also nur

dann, wenn es zur Erhebung von Kapitalertragsteuer (Abgeltungsteuer) auf Kapitalerträge kommt. Die Kirchensteuer und die Kirchensteuerdaten sind von uns nicht zu erheben, wenn Sie uns mitteilen, dass die steuerpflichtigen Kapitalerträge bei Ihnen zu den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit oder Vermietung oder Verpachtung gehören. Die Kirchensteuer ist in diesen Fällen von Ihrem zuständigen Finanzamt im Veranlagungsverfahren festzusetzen.

Möchten Sie nicht, dass Ihre Kirchensteuerdaten abrufbar sind, können Sie ihr gesetzliches Widerspruchsrecht zur Abfrage (Sperrvermerk) ausüben. Bitte verwenden Sie dafür den amtlichen Vordruck unter www.formulare-bfinv.de, sofern Sie dies im Zusammenhang mit Erträgen aus anderen Kapitalvermögen noch nicht getan haben. Ihre ausgefüllte und unterschriebene Sperrvermerkserklärung sollte spätestens zwei Monate vor der Anlassabfrage bei dem Bundeszentralamt für Steuern eingegangen sein. Bis zu Ihrem Widerruf ist damit die Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit für die aktuelle und alle folgenden Abfragen gesperrt. Erfolgt der Sperrvermerk rechtzeitig, werden auf unsere Abfrage keine Daten übermittelt, so dass auch keine Kirchensteuer von uns einbehalten wird. Bitte beachten Sie, dass das Bundeszentralamt für Steuern Ihr zuständiges Finanzamt über erfolgte Abfragen informiert. Dieses Finanzamt ist dann gesetzlich gehalten, Sie aufzufordern, Angaben zur Kapitalertragsteuer (Abgeltungsteuer) zu machen, um darauf dann Kirchensteuer zu erheben.

1.2.4 Veräußerung von Versicherungsansprüchen

Werden die Ansprüche auf die Versicherungsleistung im Sinne des § 20 Absatz 1 Nr. 6 EStG (insbesondere für Erlebens-, Todes-, Rückkaufsfälle) vom steuerpflichtigen Anspruchsinhaber veräußert (z.B. durch Übertragung, Abtretung, unwiderrufliches Bezugsrecht), ist der Veräußerungsgewinn/-verlust im Rahmen der Einkommensteuererklärung zu erklären. Er ermittelt sich aus dem Veräußerungspreis abzüglich der Summe der bis zum Veräußerungszeitpunkt entrichteten Beiträge (Anschaffungskosten) und den Aufwendungen die unmittelbar durch die Veräußerung entstanden sind. Lag bereits zuvor beim Veräußerer ein Erwerb durch Veräußerung vor, gelten sowohl die Erwerbsaufwendungen als auch die nach dem Erwerb entrichteten Beiträge als Anschaffungskosten. Der Versicherer hat in diesen Fällen dem Wohnsitzfinanzamt des Veräußerers unverzüglich die Veräußerung anzuzeigen und dem Veräußerer auf Verlangen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge auszustellen. Beim Erwerb treten beim entgeltlichen Erwerb der Versicherungsansprüche die An-

schaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Beiträge. Sie sind insoweit bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages oder einer späteren Veräußerung im Rahmen der Einkommensteuererklärung des Steuerpflichtigen anzusetzen, da der Versicherer für die Ermittlung des Unterschiedsbetrags nur auf die bekannte Summe der entrichteten Beiträge zurückgreifen kann. Bei Eintritt des versicherten Risikos (Todesfall) ist der Unterschiedsbetrag in voller Höhe als Einkunft aus Kapitalvermögen steuerpflichtig. Dies gilt nicht, wenn aus anderen Rechtsverhältnissen entstandene Abfindungs- und Ausgleichsansprüche arbeitsrechtlicher, erbrechtlicher oder familienrechtlicher Art durch Übertragung von Ansprüchen aus der Versicherung erfüllt werden. Der Versicherer hat jedoch in diesem Fall keine Kapitalertragsteuer zuzüglich der Zuschlagsteuern zu erheben und abzuführen.

1.2.5 Policendarlehen

Entnommene Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistungen, so genannte Policendarlehen, stellen nach den Vereinbarungen steuerrechtlich Darlehen dar, so dass die erbrachte Kapitalleistung keine Steuerpflicht auslöst. Die Steuerpflicht entsteht erst im Rahmen der Verrechnung des Policendarlehens mit der Leistung im Erlebensfall oder bei Kündigung/Teilkündigung.

1.2.6 Besonderheiten bei fondsgebundenen oder hybriden Versicherungen

Bei einer fondsgebundenen oder Hybrid-Rentenversicherung stellt sowohl der Wechsel in einen anderen Investmentfonds (Switchen) als auch das Umschichten von Fondsanteilen in einen anderen Investmentfonds (Shiften) während der Vertragslaufzeit keinen steuerpflichtigen Zufluss dar. Sofern bei Fälligkeit der Versicherung eine Übertragung der Fondsanteile gewünscht wird, ist als Versicherungsleistung der Rücknahmepreis anzusetzen, mit dem die Versicherungsleistung bei einer Geldzahlung berechnet worden wäre.

Nach dem Investmentsteuerreformgesetz unterliegen Investmentfonds ab dem 01.01.2018 mit bestimmten Erträgen einer Körperschaftsteuer in Höhe von 15 %.

Betroffen sind vor allem Dividenden, Immobilienerträge und Gewinne aus der Veräußerung von Immobilien, wenn diese aus Deutschland stammen. Dies betrifft auch die im Rahmen rein fondsgebundener oder hybrider Versicherungen gehaltenen Anteile an Investmentfonds.

Den Ausgleich einer eventuell daraus resultierenden Steuerbelastung sieht das Einkommensteuergesetz bei den Versicherungsleistungen vor, die zu den Einkünften aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG) gehören.

Danach ist bei Kapitalzahlungen ein positiver Ertrag in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen der Kapitaleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge im Erlebensfall oder bei Rückkauf in Höhe von 15 % steuerfrei bzw. ein daraus ermittelter negativer Ertrag (Verlust) um 15 % zu kürzen (§ 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG).

Hat der Steuerpflichtige zum Zuflusszeitpunkt des Kapitals das 62. Lebensjahr vollendet und liegt der Vertragsabschluss mindestens 12 Jahre zurück, beträgt der steuerpflichtige Ertrag bzw. Verlust die Hälfte des nach dem vorherigen Absatz zu ermittelnden Unterschiedsbetrags.

Erfolgt die Anlage der Beiträge nur teilweise in Investmentfonds, wird die Steuerfreistellung bzw. Verlustkürzung nur auf den Teil des positiven bzw. negativen Ertrags angewendet, der aus der Fondsanlage stammt. Ist die Versicherungsleistung steuerfrei oder kommen Renten zur Auszahlung, ergibt sich kein Ausgleich.

1.2.7 Renten nach Ausübung der Pflegeoption

Wird die Pflegeoption ausgeübt und bei Eintritt des Pflegefalls die Altersrente verdoppelt, sind die erbrachten Pflegerenten nach § 3 Nr. 1 Buchstabe a EStG einkommensteuerfrei.

1.3 Risikoversicherungen

Versicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen, sind unabhängig von ihrer Ausgestaltung stets steuerbegünstigt. Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Absatz 4 EStG als Sonderausgaben abgezogen werden.

Leistungen aus Risikoversicherungen sind in vollem Umfang einkommensteuerfrei. Dies gilt ebenso bei verzinslicher Ansammlung der jährlichen Überschussanteile sowie bei deren Anlage in Investmentfonds.

1.4 Berufsunfähigkeitsversicherungen

Berufsunfähigkeitsversicherungen sind unabhängig von ihrer Ausgestaltung steuerbegünstigt. Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Absatz 4 EStG als Sonderausgaben abgezogen werden.

Geleistete Berufs- oder Arbeitsunfähigkeitsrenten aus der Berufsunfähigkeitsversicherung sind nicht mit dem vollen Rentenbetrag, sondern nur in Höhe des nach der Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung zu ermittelnden Ertragsanteils einkommensteuerpflichtig. Danach wird der Ertragsanteil in Abhängigkeit von der voraussichtlichen Leistungsdauer mit dem in der Tabelle dazu vorgegebenen Prozentsatz aus dem im Kalenderjahr geleisteten Renten ermittelt.

Bei unbefristeten Berufsunfähigkeitsrenten bestimmt sich die voraussichtliche ununterbrochene Leistungsdauer grundsätzlich nach der auf volle Jahre abgerundeten Zeitspanne zwischen dem Eintrittszeitpunkt der Leistungspflicht und dem vertraglich vereinbarten voraussichtlichen Leistungsende. Wird die Berufsunfähigkeitsrente befristet gewährt, ermittelt sich der Ertragsanteil nach dieser Dauer. Schließt sich daran eine erneut befristete Berufsunfähigkeitsrente unmittelbar an, wird der Ertragsanteil ab dem Zeitpunkt der Verlängerung nach der neuen Gesamtlaufzeit der Rente festgelegt.

Dahingegen ermittelt sich bei den Arbeitsunfähigkeitsrenten die voraussichtliche ununterbrochene Leistungsdauer nach der auf volle Jahre abgerundeten Zeitspanne zwischen dem Eintrittszeitpunkt der Leistungspflicht und dem voraussichtlichen Ende der Arbeitsunfähigkeit gemäß der letzten im Kalenderjahr ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, begrenzt auf die maximale vertragliche Leistungsdauer.

Ist die Zeitspanne kleiner als zwei Jahre, beträgt der Prozentsatz für diese Renten 0 %, so dass sie insgesamt einkommensteuerfrei sind. Werden wegen rückwirkend eingetretener Berufsunfähigkeit in diesem Zeitraum geleistete Arbeitsunfähigkeitsrenten mit den Berufsunfähigkeitsrentenansprüchen verrechnet, sind diese Renten steuerlich als geleistete Berufsunfähigkeitsrenten zu behandeln.

Kapitaleistungen sind einkommensteuerfrei. Dies gilt ebenso bei verzinslicher Ansammlung der jährlichen Überschussanteile sowie bei deren Anlage in Investmentfonds.

1.5 Erwerbsminderungsversicherungen

Erwerbsminderungsversicherungen sind unabhängig von ihrer Ausgestaltung steuerbegünstigt. Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Absatz 4 EStG als Sonderausgaben abgezogen werden.

Geleistete Erwerbsminderungsrenten sind nicht mit dem vollen Rentenbetrag, sondern nur in Höhe des

nach der Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung zu ermittelnden Ertragsanteils einkommensteuerpflichtig. Danach wird der Ertragsanteil in Abhängigkeit von der voraussichtlichen Leistungsdauer mit dem in der Tabelle dazu vorgegebenen Prozentsatz aus dem im Kalenderjahr geleisteten Renten ermittelt.

Bei unbefristeten Erwerbsminderungsrenten bestimmt sich die voraussichtliche ununterbrochene Leistungsdauer grundsätzlich nach der auf volle Jahre abgerundeten Zeitspanne zwischen dem Eintrittszeitpunkt der Leistungspflicht und dem vertraglich vereinbarten voraussichtlichen Leistungsende. Wird die Erwerbsminderungsrente befristet gewährt, ermittelt sich der Ertragsanteil nach dieser Dauer. Schließt sich daran eine erneut befristete Erwerbsminderungsrente unmittelbar an, wird der Ertragsanteil ab dem Zeitpunkt der Verlängerung nach der neuen Gesamtlaufzeit der Rente festgelegt.

1.6 Grundfähigkeitsversicherungen

Das Einkommensteuergesetz sieht keine Abzugsmöglichkeit für die Beiträge zu Grundfähigkeitsversicherungen im Rahmen der abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen vor.

Geleistete Renten aus der Grundfähigkeitenversicherung sind nicht mit dem vollen Rentenbetrag, sondern nur in Höhe des nach der Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung zu ermittelnden Ertragsanteils einkommensteuerpflichtig. Danach wird der Ertragsanteil in Abhängigkeit von der voraussichtlichen Leistungsdauer mit dem in der Tabelle dazu vorgegebenen Prozentsatz aus dem im Kalenderjahr geleisteten Renten ermittelt.

Bei unbefristeten Renten bestimmt sich die voraussichtliche ununterbrochene Leistungsdauer grundsätzlich nach der auf volle Jahre abgerundeten Zeitspanne zwischen dem Eintrittszeitpunkt der Leistungspflicht und dem vertraglich vereinbarten voraussichtlichen Leistungsende. Wird die Rente befristet gewährt, ermittelt sich der Ertragsanteil nach dieser Dauer. Schließt sich daran eine erneut befristete Rente unmittelbar an, wird der Ertragsanteil ab dem Zeitpunkt der Verlängerung nach der neuen Gesamtlaufzeit der Rente festgelegt.

Kapitalleistungen sind einkommensteuerfrei. Dies gilt ebenso bei verzinslicher Ansammlung der jährlichen Überschussanteile sowie bei deren Anlage in Investmentfonds.

1.7 Zusatzversicherungen

Zu den Zusatzversicherungen zählen die

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung
- Risiko-Zusatzversicherung
- Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung
- Waisenrenten-Zusatzversicherung.

Beiträge für Zusatzversicherungen sind als Vorsorgeaufwendungen steuerbegünstigt, wenn der Versicherte den auf die Zusatzversicherung entfallenden Beitrag, den Überschussanteil und die sonstige Leistung für die Zusatzversicherung getrennt ausweist. Sie können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Absatz 4 EStG als Sonderausgaben abgezogen werden.

Renten aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bei Eintritt der Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit, aus der Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung und aus der Waisenrenten-Zusatzversicherung unterliegen beim Steuerpflichtigen als abgekürzte Leibrenten mit dem nach der Tabelle zu § 55 Absatz 2 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung zu ermittelnden Ertragsanteil als sonstige Einkünfte der Einkommensteuer; dies gilt auch für die Überschussbeteiligung. Der Ertragsanteil richtet sich hierbei nach der voraussichtlichen Leistungsdauer. Bitte sehen Sie hierzu auch die Ausführungen unter Nr. 1.4 und Nr. 1.5 ab Absatz 2 ein.

Lebenslange Leibrenten aus der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung unterliegen beim Steuerpflichtigen mit dem nach der Tabelle zu § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG zu ermittelnden Ertragsanteil als sonstige Einkünfte der Einkommensteuer; dies gilt auch für die Überschussbeteiligung. Der Ertragsanteil richtet sich hierbei nach dem vollendeten Lebensjahr des Hinterbliebenen zum Rentenbeginn.

Todesfall-Kapitalleistungen aus der Risiko-Zusatzversicherung sind einkommensteuerfrei, da sie keine steuerpflichtigen Einnahmen nach § 20 Absatz 1 Nr. 6 EStG darstellen.

1.8 Dynamik- und Optionsrechte

Enthält eine Lebensversicherung von Anfang an steuerlich zulässige Dynamik- und/oder Optionsrechte, sind die späteren Dynamiken und die ausgeübten Optionsrechte entsprechend dem Grundvertrag einkommensteuerlich zu behandeln.

1.9 Versorgungsausgleich

Wird ein Anspruch aus einem Versicherungsvertrag der ausgleichspflichtigen Person im Rahmen des Versorgungsausgleichs beim Versicherer geteilt (interne Teilung nach § 10 Versorgungsausgleichsgesetz - VersAusglG) oder auf einen anderen Versicherer übertragen (externe Teilung nach § 14 VersAusglG), liegt insoweit keine steuerpflichtige Vertragsänderung/Leistung in Höhe des Ausgleichswerts bei der ausgleichspflichtigen Person vor. Ein Ausgleich des übertragenen Ausgleichswerts kann aber steuerlich zu einem Neuvertrag mit den dann geltenden steuerlichen Regelungen führen.

Der für die ausgleichsberechtigte Person aus der Übertragung der Ansprüche gebildete Versicherungsvertrag gilt als zum gleichen Zeitpunkt abgeschlossen wie derjenige der ausgleichspflichtigen Person. Auf den Versicherungsvertrag ist insoweit die steuerliche Behandlung nach dem Gesetzesstand zum unterstellten Abschlusszeitpunkt anzuwenden. Sind Beiträge und Leistungen nicht auf den Versorgungsausgleich zurückzuführen, gelten für diese die steuerlichen Regelungen zum vereinbarten Zeitpunkt.

1.10 Vertragsänderungen

Sollte ein bestehender Vertrag außerhalb der steuerlich zulässigen Regelungen nach Nr. 1.8 geändert werden (z.B. Erhöhung der Versicherungsbeiträge, Erhöhung der Versicherungssumme, Einschluss einer Dynamik, Austausch der versicherten Person, Leistung einer freiwilligen Zuzahlung), kann dies zu einer unterschiedlichen Behandlung der Kapitaleinkünfte führen (hälftige/volle Steuerpflicht der Erträge). Bitte informieren Sie sich deshalb bei Ihrem Steuerberater oder bei uns, inwieweit die beabsichtigte Vertragsänderung die steuerliche Behandlung des Vertrags ändert.

1.11 Steuerpflichtiger

Die als Sonderausgaben abzugsfähigen Beiträge kann nur der Steuerpflichtige geltend machen, der sie als Versicherungsnehmer selbst aufgewendet hat. Bei zusammen veranlagten Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern kann der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner Beitragszahler sein.

Steuerpflichtig ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer, sofern nicht eine andere Person wirtschaftlicher Eigentümer des Anspruchs auf die steuerpflichtige Versicherungsleistung ist. Wechselt die Person des Versicherungsnehmers durch Gesamtrechts- oder Einzelrechtsnachfolge, wird regelmäßig der Rechtsnachfolger Steuerpflichtiger.

Mit der Einräumung eines unwiderruflichen Bezugsrechts für die steuerpflichtige Versicherungsleistung gilt grundsätzlich der unwiderrufliche Bezugsberechtigte als Steuerpflichtiger. Im Falle des widerruflichen Bezugsrechts wird der Bezugsberechtigte erst mit Eintritt des Ereignisses (Tod bzw. Ablauf) Steuerpflichtiger. Bei Vorliegen einer zivilrechtlich wirksamen Abtretung, Verpfändung oder Pfändung bleibt grundsätzlich der Abtretende (Zedent) Steuerpflichtiger.

Leistungsbezieher, die im Ausland ansässig sind, unterliegen mit ihren nach § 49 EStG steuerpflichtigen Leistungen der beschränkten Einkommensteuerpflicht. Soweit ein Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung mit dem Ansässigkeitsstaat besteht, steht Deutschland grundsätzlich nur dann ein Besteuerungsrecht zu, wenn Deutschland das Besteuerungsrecht ausdrücklich zugewiesen wird.

1.12 Rentenbezugsmitteilungen

Der Versicherer hat die im laufenden Kalenderjahr zugeflossenen Renten und anderen Leistungen nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a und § 22 Nr. 5 EStG (sonstige Einkünfte) jeweils im Folgejahr bis spätestens Ende Februar der zentralen Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund auf elektronischem Weg zu übermitteln (§ 22a EStG). Von dort werden die Daten über die Landesfinanzbehörden an die zuständigen Wohnsitzfinanzämter weitergeleitet. Diese Rentenbezugsmitteilung muss die Identifikationsnummer, den Familiennamen, den Vornamen und das Geburtsdatum des Leistungsempfängers, sowie den Betrag, den Zeitpunkt des Beginns und Ende (soweit bekannt) der Rente bzw. der sonstigen Leistungen beinhalten. Hat der Leistungsempfänger eine ausländische Anschrift, ist diese und seine Staatsangehörigkeit zusätzlich mitzuteilen. Dazu hat der Leistungsempfänger dem Versicherer die erforderliche Identifikationsnummer zur Verfügung zu stellen. Geschieht dies nicht, darf der Versicherer die Identifikationsnummer beim zuteilenden Bundeszentralamt für Steuern abfragen. Die Identifikationsnummer erhalten nach § 139a Abgabenordnung alle natürlichen Personen, die nach einem Steuergesetz steuerpflichtig sind.

Der Versicherer muss den Leistungsempfänger jeweils darüber unterrichten, dass die Leistungen der zentralen Stelle mitgeteilt werden.

2. Betriebliche Versicherungen

2.1 Direktversicherungen

Nachstehende Ausführungen gelten auch dann, wenn

die Direktversicherung ganz oder teilweise durch Entgeltumwandlung finanziert wird.

Beiträge zu Direktversicherungen sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig.

Ansprüche aus einer Direktversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit sie dem Arbeitnehmer oder seinen Hinterbliebenen auf Grund des Bezugsrechts zugerechnet werden. Sind Ansprüche aus einer Direktversicherung ganz oder teilweise dem Arbeitgeber zuzurechnen, müssen diese bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich aktiviert werden. Die Auszahlungen gehören insoweit zu den Betriebseinnahmen des Arbeitgebers. Auf diese ist vom Versicherer im Zuflusszeitpunkt, bezogen auf den ermittelten Unterschiedsbetrag nach § 20 Absatz 1 Nr. 6 EStG, vorab Kapitalertragsteuer zuzüglich des Solidaritätszuschlags zu erheben und abzuführen sowie zu bescheinigen. Bei fondsgebundenen Direktversicherungen ist auf diesen Unterschiedsbetrag die Teilfreistellung nach § 20 Absatz 6 Satz 9 EStG nicht anwendbar, da keine Einkünfte aus Kapitalvermögen gegeben sind (siehe auch Nr. 1.2.6 ab Absatz 2).

Der Arbeitgeber hat nach § 4 und 5 Lohnsteuerdurchführungsverordnung (LStDV) besondere Aufzeichnungs- und Mitteilungspflichten zu erfüllen.

Nach § 4 Absatz 2 Nr. 7 LStDV hat er im Lohnkonto für den nach § 100 EStG genutzten Förderbetrag die dafür vorliegenden Voraussetzungen anzugeben.

Zudem hat der Arbeitgeber nach § 5 Absatz 1 LStDV für die Anwendung der Pauschalbesteuerung der Beiträge nach § 40b Absatz 1 und 2 EStG in einer vor dem 01.01.2005 geltenden Fassung zusätzlich aufzuzeichnen, dass für den Arbeitnehmer vor dem 01.01.2018 mindestens ein Beitrag bei ihm oder einem Vorarbeitgeber pauschal besteuert wurde.

Außerdem hat der Arbeitgeber dem Versicherer spätestens zwei Monate nach Ablauf des Kalenderjahrs oder nach Beendigung des Dienstverhältnisses im Laufe des Kalenderjahrs für den einzelnen Arbeitnehmer mitzuteilen, ob die geleisteten Beiträge steuerfrei belassen, pauschal oder individuell besteuert wurden. Die Mitteilung kann unterbleiben, wenn der Arbeitgeber weiß, dass der Versicherer die zutreffende steuerliche Behandlung der Beiträge kennt. Trifft dies nicht zu und erfolgt auch keine Mitteilung, hat der Versicherer davon auszugehen, dass die Beiträge bis zu den jeweils geltenden Höchstbeträgen nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei gestellt wurden. Damit sind die darauf beruhenden Leistungen nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG in voller Höhe steuerpflichtig, und der Versicherer hat dem Steuerpflichtigen im Auszahlungsfall die Leis-

tungen entsprechend zu bescheinigen (siehe Nr. 2.1.8).

2.1.1 Pauschalversteuerung der Beiträge nach § 40b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung (a.F.)

Der inländische Arbeitgeber kann die Beiträge zu Direktversicherungen pauschal mit 20 % lohnversteuern, wenn

- für den versicherten Arbeitnehmer vor dem 01.01.2018 nachweislich mindestens ein Beitrag durch den Arbeitgeber oder Vorarbeitgeber nach § 40b Absatz 1 und 2 EStG in einer vor dem 01.01.2005 geltenden Fassung pauschal besteuert wurde, welcher auf einer arbeitsrechtlichen Zusage vor dem 01.01.2005 beruht oder beruhte,
- der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen (beliebige Personen) ganz oder teilweise bezugsberechtigt sind, eine Erlebensfallleistung (Kapital/Rente) frühestens bei Zusagen vor dem 01.01.2012 nach Vollendung des 59. Lebensjahrs bzw. bei Zusagen nach dem 31.12.2011 nach Vollendung des 61. Lebensjahrs (siehe auch Nr. 2.1.8 Absatz 2) des Arbeitnehmers fällig wird (Ausnahme: Berufsgruppen, die üblicherweise früher Altersleistungen erhalten – z.B. Piloten),
- eine Versicherungsdauer von mindestens 5 Jahren vereinbart ist (Ausnahme: bei Erfüllung des arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatzes sowie bei Risiko-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsversicherungen),
- eine vorzeitige Kündigung der Versicherung durch den Arbeitnehmer ausgeschlossen wurde,
- eine Verfügung (Abtretung/Beleihung) über das Bezugsrecht durch den Arbeitnehmer ausgeschlossen ist,
- der Todesfallschutz bei Kapitallebensversicherungen in jedem Versicherungsjahr mindestens 60 % der Summe der nach dem Versicherungsvertrag für die gesamte Versicherungsdauer zu zahlenden Beiträge (Beitragsteile für die Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung sind nicht einzubeziehen) erreicht; bei Verträgen, die in den ersten drei Jahren keinen Todesfallschutz vorsehen oder bei denen der Todesfallschutz in diesem Zeitraum stufenweise ansteigt, ist das Erfordernis des Mindesttodesfallschutzes erfüllt, wenn bei Ablauf des Dreijahreszeitraums der Todesfallschutz mindestens 60 % der Beitragssumme beträgt,

- die Direktversicherung im Rahmen des ersten Dienstverhältnisses (auch bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen oder Aushilfstätigkeiten) abgeschlossen wurde (kein Lohnsteuerabzug nach Steuerklasse VI),
- die vom Arbeitgeber zu zahlenden Beiträge von diesem als Versicherungsnehmer auch selbst gegenüber dem Versicherer vertraglich geschuldet werden und
- soweit folgende Jahreshöchstbeträge nicht überschritten werden:
 - bei „Einzel-Direktversicherungen“ 1.752 EUR
 - bei „Gemeinsamen Direktversicherungen“ 2.148 EUR, sofern der durchschnittliche Betrag aller begünstigten Arbeitnehmer 1.752 EUR nicht übersteigt und für den einzelnen Arbeitnehmer nicht mehr als 2.148 EUR an pauschalbesteuerungsfähigen Beiträgen erbracht werden,
 - bei Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem Dienstverhältnis ein Vielfaches von 1.752 EUR nach der Vervielfältigungsregelung des § 40b Absatz 2 Sätze 3 und 4 EStG a.F.

Auf die zu erhebende pauschale Lohnsteuer fällt der Solidaritätszuschlag und ggf. die (pauschale) Kirchensteuer an.

Übersteigen die Beiträge des Arbeitgebers den Pauschalierungshöchstbetrag, sind diese unter den Voraussetzungen des § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG steuerfrei (siehe Nr. 2.1.2).

Werden die Beiträge individuell nach den persönlichen Verhältnissen des Arbeitnehmers versteuert, gelten hinsichtlich des Sonderausgabenabzugs der Beiträge die Ausführungen zu den privaten Versicherungen.

2.1.2 Steuerfreistellung der Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG in der Fassung ab 01.01.2018

Der inländische Arbeitgeber hat auf Beiträge zu Direktversicherungen keine Steuerabzüge vorzunehmen, soweit die im Folgenden beschriebenen Gegebenheiten vorliegen:

Beruhend nach dem 31.12.2017 polizierte Direktversicherungen auf vor dem 01.01.2005 erteilten Zusagen (= Altzusagen), sind die Beitragsaufwendungen des Arbeitgebers zugunsten der beschränkt oder unbeschränkt steuerpflichtigen Arbeitnehmer lohn-/einkommensteuerfrei, wenn die Direktversicherung entsprechend der Zusage als

- Altersrentenversicherung mit oder ohne Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Grundfähigkeitschutz und Hinterbliebenenschutz und mit oder ohne bedingungsgemäßer Möglichkeit der Kapitalzahlung anstelle der Altersrente, Auszahlung der Beitragsrückgewähr zuzüglich Überschussbeteiligung bei Tod vor Rentenbeginn und Leistungen in Renten- und/oder Kapitalform aus der Überschussbeteiligung, den Zusatzversicherungen und bei Tod innerhalb der Rentengarantiezeit,
- Berufsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungs-/ Grundfähigkeitsversicherung mit bedingungsgemäßen Leistungen in Form von Rente und/oder Kapital oder
- Risikoversicherung zugunsten der Hinterbliebenen mit oder ohne Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsschutz mit bedingungsgemäßen Leistungen in Form von Kapital und/oder Rente

ausgestaltet ist.

Demgegenüber ist es bei nach dem 31.12.2004 erteilten Zusagen (= Neuzusagen) erforderlich, dass die darauf beruhenden Direktversicherungen für die Alters-, Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- und Grundfähigkeitsversorgung als Auszahlungsformen vereinbarungsgemäß Rentenzahlungen ohne oder mit Auszahlung eines Kapitals in Höhe von maximal 30 % des zum Beginn der Auszahlungsphase für die Bildung der Rente zur Verfügung stehenden Kapitals vorsehen. Die Möglichkeit, anstelle der Rente eine einmalige Kapitalzahlung wählen zu können, steht der Steuerfreiheit der Beitragsaufwendungen nicht entgegen.

Zusätzlich sind sowohl bei Altzusagen als auch bei Neuzusagen die folgenden Voraussetzungen einzuhalten:

- Die Altersleistung darf i.d.R. bei Altzusagen nicht vor Vollendung des 59. Lebensjahrs bzw. bei Neuzusagen, die nach dem 31.12.2011 erteilt werden, nicht vor Vollendung des 61. Lebensjahrs (siehe auch Nr. 2.1.8 Absatz 2) fällig werden (Ausnahme: Berufsgruppen, die üblicherweise schon früher Altersleistungen erhalten – z.B. Piloten).
- Die Leistungsdauer einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Grundfähigkeits(-Zusatz)versicherung ist so zu wählen, dass sie bis zum voraussichtlichen Entfallen der Versorgungsbedürftigkeit reicht (z.B. weil die Zahlung einer Altersrente nahtlos anschließt).
- Der Hinterbliebenenkreis des Versorgungsberechtigten ist auf dessen Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, die Kinder im Sinne des § 32 Ab-

- satz 3, Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Absatz 5 EStG sowie namentlich bezeichnete Pflege-/Stiefkinder, früheren Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner sowie Lebensgefährten zu beschränken. Lediglich die Auszahlung eines angemessenen Sterbegeldes ist auch an andere Personen zulässig.
- Es muss ein erstes Dienstverhältnis bestehen. Dies gilt auch bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen oder Aushilfstätigkeiten. Dies ist nicht gegeben, wenn der Lohnsteuerabzug nach Steuerklasse VI erfolgte.
 - Es darf sich nur um Beiträge handeln, die vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer selbst geschuldet und an den Versicherer geleistet werden.
 - Gesetzlich rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer können bei Entgeltumwandlung die nach § 1a Absatz 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) mögliche Förderung nach § 10a und Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes (Riesterförderung) verlangen, insoweit ist für diese Beiträge § 3 Nr. 63 EStG nicht anwendbar. Diese Möglichkeit kann nach Auffassung der Finanzverwaltung auf alle anderen Fälle der Entgeltumwandlung und Arbeitnehmer ausgeweitet werden, die nicht unter § 1a Absatz 3 BetrAVG fallen, sofern der Arbeitgeber zustimmt.
 - Das Kapitalwahlrecht für die Altersrente darf frühestens ein Jahr vor Rentenbeginn und bei Hinterbliebenenleistungen im zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod des Versorgungsberechtigten ausgeübt werden. Für eine in der vereinbarten Rentengarantiezeit ausgelöste Hinterbliebenenrente, ist ein Kapitalwahlrecht ausgeschlossen.
 - Der Höchstbetrag für die Steuerfreistellung der Beiträge nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG beträgt für den einzelnen Arbeitnehmer für jedes 1. Dienstverhältnis im Kalenderjahr 8 % der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West). Dieser Höchstbetrag vermindert sich um die vom Arbeitgeber im Kalenderjahr nach § 40b EStG a.F. pauschalbesteuerten Beiträge (siehe Nr. 2.1.1 dritt- und vorletzter Spiegelstrich).
 - Soweit Beiträge nach § 40b EStG a.F. pauschal lohnversteuert werden sollen, müssen dafür die Voraussetzungen nach Nr. 2.1.1 vorliegen.

Eine zeitanteilige Kürzung der vorgenannten steuerfreien Höchstbeträge ist nicht vorzunehmen, wenn das Arbeitsverhältnis nicht während des ganzen Kalenderjahrs besteht oder nicht für das ganze Jahr Beiträge gezahlt werden. Sie können auch erneut in Anspruch genommen werden, wenn der Arbeitnehmer sie im

gleichen Jahr in einem vorangegangenen Dienstverhältnis bereits ausgeschöpft hat.

Soweit die Beiträge den steuerfreien und ggf. pauschalierbaren (siehe Nr. 2.1.1) Höchstbetrag übersteigen, sind diese nach den Lohnsteuerabzugsmerkmalen individuell zu versteuern. Für die individuell versteuerten Beiträge kann eine Förderung durch Sonderausgabenabzug und Zulage nach § 10a und Abschnitt XI EStG in Betracht kommen, sofern die Direktversicherung als Rentenversicherung zumindest die Auszahlung einer lebenslangen Altersrente vorsieht.

Ruhte das erste Dienstverhältnis z.B. wegen Elternzeit und bezog der Arbeitnehmer im gesamten Kalenderjahr von dem inländischen Arbeitgeber keinen steuerpflichtigen Arbeitslohn, können Beitragsnachzahlungen für solche Jahre in Höhe von bis zu 8 % der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West) des Nachzahlungsjahrs zusätzlich zu dem Regelhöchstbetrag (siehe zuvor vorletzter Spiegelstrich) vom Arbeitgeber steuerfrei gestellt werden (§ 3 Nr. 63 Satz 4 EStG). Sie können auf arbeitgeberfinanzierten oder aus Entgeltumwandlung finanzierten Beiträgen beruhen. Voraussetzung ist, dass der versicherte Arbeitnehmer ein erstes Dienstverhältnis bei dem Arbeitgeber hat. Die Nachholungsmöglichkeit ist auf insgesamt 10 Jahre begrenzt.

Scheidet der Arbeitnehmer aus dem Dienstverhältnis aus, können durch den Arbeitgeber zusätzlich arbeitgeber- und/oder arbeitnehmerfinanzierte Beiträge nach § 3 Nr. 63 Satz 3 EStG steuerfreigestellt werden (Vervielfältigungsregelung). Die Höhe des steuerfreien Betrags ermittelt sich aus maximal 10 Dienstjahren, wobei ein angefangenes Dienstjahr voll rechnet. Pro Dienstjahr sind 4 % der im Kalenderjahr der Beendigung des Dienstverhältnisses geltenden Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West) zugrunde zu legen. Dieser Höchstbetrag reduziert sich ggf. um die Beiträge, die aus Anlass des Ausscheidens nach den Voraussetzungen der Nr. 2.1.1 nach § 40b Absatz 2 EStG pauschal besteuert werden.

2.1.3 Förderbetrag für Arbeitgeber zur betrieblichen Altersversorgung für Geringverdiener nach § 100 EStG

Seit 01.01.2018 kann zusätzlich zu den zuvor beschriebenen Förderformen pro Kalenderjahr ein Förderbetrag für jeden Arbeitnehmer mit geringem Einkommen genutzt werden. Der Förderbetrag ist ein staatlicher Zuschuss für Arbeitgeber, die für solche Arbeitnehmer im Kalenderjahr zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn Beiträge an einen Pensi-

onsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung leisten.

Gefördert werden Beiträge von mindestens 240 EUR und höchstens 960 EUR im Kalenderjahr. Der Förderbetrag beträgt 30 % des Arbeitgeberbeitrags, also mindestens 72 EUR, maximal 288 EUR im Kalenderjahr. Er wird nach Leistung des begünstigten Beitrags vom Arbeitgeber im Rahmen des Lohnsteuerverfahrens durch Verminderung der Lohnsteuer entnommen oder es kommt bei zu geringer bzw. keiner abzuführender Lohnsteuer mit der Lohnsteuer-Anmeldung zu einer Erstattung durch das Betriebsstättenfinanzamt.

Hierfür sind zum jeweiligen Zeitpunkt der Beitragsleistung folgende Förderbedingungen einzuhalten:

- Der Arbeitnehmer hat beim Arbeitgeber sein erstes Dienstverhältnis (Lohnsteuerklassen I-V oder bei Lohnsteuerpauschalierung nach § 40a EStG durch Bestimmung des Arbeitnehmers).
- Im Lohnzahlungszeitraum (LZR), in dem der Arbeitgeberbeitrag geleistet wird, darf der laufende steuerpflichtige Arbeitslohn (regelmäßig fortlaufender Arbeitslohn ohne sonstige Bezüge wie z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, steuerfreie Lohnbestandteile und pauschal besteuert Arbeitslohn) folgenden Betrag nicht übersteigen:

LZR	täglich	wöchentlich	monatlich	jährlich
Betrag EUR	85,84	600,84	2.575	30.900

- Der Arbeitslohn des Arbeitnehmers unterliegt im LZR in Deutschland dem Lohnsteuerabzug.
- Der ausschließlich vom Arbeitgeber zusätzlich aufgewendete Beitrag beträgt mindestens 240 EUR im Kalenderjahr. Er kann einmal jährlich oder auch unterjährig erbracht werden.
- Die Alters-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Hinterbliebenenleistungen sind in Form einer Rente vorzusehen. Das Wahlrecht für eine einmalige Kapitalzahlung ist zulässig. Der Hinterbliebenenkreis entspricht dem der Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG (siehe Nr. 2.1.2 Absatz 5 3. Spiegelstrich).
- Die Direktversicherungsbeiträge dürfen nur prozentual gleichbleibende laufende Vertriebskosten enthalten.

Spätere Änderungen der Verhältnisse, wie schwankender bzw. steigender Arbeitslohn oder die unerwartete Beendigung des Arbeitsverhältnisses, führen zu keiner rückwirkenden Korrektur des bisherigen Förderbetrags. Dies gilt auch dann, wenn der Mindestbe-

trag von 240 EUR für dieses Kalenderjahr nicht mehr erreicht wird.

In Fällen, in denen der Arbeitgeber bereits im Jahr 2016 einen zusätzlichen Arbeitgeberbeitrag geleistet hat, ist der jeweilige Förderbetrag auf den Betrag beschränkt, den der Arbeitgeber über den Beitrag des Jahres 2016 hinaus leistet. Zahlte der Arbeitgeber im Jahr 2016 beispielsweise zusätzlich 200 EUR und erhöhte sich dieser begünstigte Beitrag seither z.B. auf 240 EUR, beträgt der Förderbetrag grundsätzlich 72 EUR (30 % von 240 EUR). Durch die Begrenzung auf die Beitragserhöhung von 200 EUR auf 240 EUR, beträgt der Förderbetrag tatsächlich 40 EUR.

Die gewährten Förderbeträge sind vom Arbeitgeber ganz oder teilweise zurück zu gewähren, wenn und soweit aus der Direktversicherung eine Rückzahlung an ihn erfolgte.

Begünstigte zusätzliche Arbeitgeberbeiträge bis 960 EUR sind beim Arbeitnehmer nach § 100 Absatz 6 EStG pro Kalenderjahr steuerfrei. Liegen die Fördervoraussetzungen nicht vor, gehören die Beiträge zu den nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei zu stellenden Beiträgen.

2.1.4 Steuerfreiheit des Übertragungswertes bei Arbeitgeberwechsel nach § 3 Nr. 55 EStG

Übertragungsvereinbarungen im Sinne des § 4 Absatz 2 Nr. 2 und Absatz 3 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG), die auf Grund des Arbeitgeberwechsels in der Weise geschehen, dass die gesetzlich oder vertraglich unverfallbare Direktversicherung aufgelöst und der vorhandene Wert beim Folgearbeitgeber für eine neue wertgleiche Zusage in Form der Direktversicherung, Pensionskassenversicherung oder des Pensionsfonds verwendet wird, lösen beim Arbeitnehmer keine Steuerpflicht in Höhe des Übertragungswerts aus.

Die daraus resultierenden Leistungen gehören steuerlich zu den Einkünften, zu denen sie gehört hätten, wenn eine Übertragung nach § 4 BetrAVG nicht stattgefunden hätte (siehe Nr. 2.1.8).

2.1.5 Steuerfreie Anwartschaftsübertragung ohne Arbeitgeberwechsel nach § 3 Nr. 55c EStG

Kommt es auf Veranlassung des Arbeitgebers während des Dienstverhältnisses des Arbeitnehmers zu Anwartschaftsübertragungen auf andere Träger von Pensionsfonds, Pensionskassen oder Direktversicherungen, löst dies beim Arbeitnehmer im Zeitpunkt der Wertübertragung keinen steuerlichen Zufluss aus, soweit keine Zahlung unmittelbar an ihn erfolgt (§ 3 Nr. 55c Satz 2 Buchstabe a EStG). Kommt es im Rahmen dieser Anwartschaftsübertragung aufgrund recht-

licher Vorgaben des aufnehmenden Versorgungsträgers zwingend zu Änderungen der Rahmenbedingungen der zugesagten Versorgung, steht das der Anwendung der Steuerbefreiung nicht entgegen. Diese Änderungen führen insoweit steuerlich auch nicht zu einer Novation für Erträge, die nach § 22 Nr. 5 Satz 2 EStG zu ermitteln sind.

2.1.6 Übertragung von Direktversicherungen bei Arbeitgeberwechsel nach dem Übertragungsabkommen

Wird die Direktversicherung nach den Regularien des „Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds bei Arbeitgeberwechsel“ oder vergleichbaren Übertragungsregelungen mit den gleichwertigen Versicherungsleistungen von dem neuen Versorgungsträger des neuen Arbeitgebers weitergeführt, führt dies nicht zu einem lohnsteuerrechtlichen Zufluss beim Arbeitnehmer, und Novationsfolgen werden nicht ausgelöst. Mit dem Abkommen werden Übertragungen innerhalb der genannten Durchführungswege und auch durchführungswegübergreifende Übertragungen unterstützt. Bei Pensionsfonds sind jedoch Pensionspläne ohne versicherungsförmige Garantien gemäß § 236 Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vom Abkommen ausgenommen.

2.1.7 Versorgungsausgleich

Bei dem Versorgungsausgleich von Anwartschaften oder laufenden Ansprüchen aus einer Direktversicherung der ausgleichspflichtigen Person erhält die ausgleichsberechtigte Person die versorgungsrechtliche Stellung eines aus dem Unternehmen ausgeschiedenen Arbeitnehmers im Sinne des Betriebsrentengesetzes.

Die aus einer Direktversicherung zu übertragenden Anrechte in Höhe des Ausgleichswerts sind im Rahmen des internen Versorgungsausgleichs nach § 10 Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) sowohl für die ausgleichspflichtige als auch die ausgleichsberechtigte Person steuerneutral. Die späteren Versorgungsleistungen des Ausgleichsberechtigten gehören bei der steuerlichen Behandlung in die Einkunftsart, die ohne interne Teilung anzuwenden wäre. Dies gilt auch bei einer externen Teilung der Anrechte nach § 14 VersAusglG, soweit das zu übertragende Anrecht in eine steuerlich gleichartig zu behandelnde Versorgung eingebracht wird.

2.1.8 Besteuerung der Leistungen beim Arbeitnehmer/Hinterbliebenen und Rentenbezugsmitteilungen

Leistungen (Rente oder Kapital) aus nach §§ 3 Nr. 63, 63a oder 100 Absatz 6 EStG geförderten Direktversicherungen oder aus nach § 3 Nr. 55b Satz 1 und 55c EStG steuerfreien Übertragungen sind in vollem Umfang als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG einkommensteuerpflichtig.

Handelt es sich hingegen um Leistungen aus individuell oder pauschal versteuerten Beiträgen, sind sie wie die gleichartigen Leistungen im Abschnitt „Private Versicherungen“ zu behandeln. Es empfiehlt sich deshalb, die kapitalbildende Direktversicherung mindestens auf ein vollendetes 62. Lebensjahr des Versicherten abzuschließen, damit die günstigere hälftige Ertragsbesteuerung gemäß Nr. 1.2.2 Absatz 2 greifen kann. Allerdings erfolgt vorab weder ein Kapitalertragsteuer-, Solidaritätszuschlags- und Kirchensteuerabzug noch greift die Abgeltungsteuer auf steuerpflichtige Leistungen.

Die steuerpflichtigen Einkünfte werden im Rahmen der Ermittlung der Einkommensteuer um den Werbungskosten-Pauschbetrag nach § 9a Satz 1 Nr. 3 EStG und ggf. den Altersentlastungsbetrag nach § 24a EStG von Amts wegen gekürzt.

Steuerpflichtig ist grundsätzlich der Leistungsempfänger. Dies sind bei Direktversicherungen i.d.R. der versicherte Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen.

Der Versicherer hat im Falle steuerpflichtiger Leistungen (Rente oder Kapital) oder Verlusten eine entsprechende Mitteilung an die zentrale Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund vorzunehmen (Rentenbezugsmitteilung gemäß § 22a EStG). Weiteres ist dazu unter Nr. 1.12 zu finden. Daneben ist dem Leistungsempfänger nach § 22 Nr. 5 Satz 7 EStG die steuerpflichtige Leistung oder der Verlust nach amtlichem Muster mitzuteilen.

Leistungsbezieher, die im Ausland ansässig sind, unterliegen mit ihren nach § 49 EStG steuerpflichtigen Leistungen der beschränkten Einkommensteuerpflicht. Dazu gehören Direktversicherungsleistungen des inländischen Versicherers. Soweit ein Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung mit dem Ansässigkeitsstaat besteht, steht Deutschland grundsätzlich nur dann ein Besteuerungsrecht zu, wenn Deutschland das Besteuerungsrecht ausdrücklich zugewiesen wird.

2.2 Direktversicherungen nach dem Sozialpartnermodell

Die Anwendung der Steuerfreistellungsregelungen nach § 3 Nr. 63 EStG oder des Förderbetrags und der Steuerfreistellung nach § 100 EStG setzen voraus, dass eine im Rahmen des Sozialpartnermodells nach § 1 Absatz 2 Nr. 2a BetrAVG abgeschlossene Direktversicherung bis auf die Abfindung von Kleinbetragsrenten nur Rentenzahlungen zulässt, die bei Altersleistungen lebenslang zu erbringen sind. Ansonsten bleiben die unter Nr. 2.1.2 oder 2.1.3 beschriebenen Erfordernisse unverändert.

Die Steuerregelungen in den Fällen der Nr. 2.1, 2.1.6 bis 2.1.8 gelten ebenso, sofern Bestimmungen des § 22 BetrAVG nicht entgegenstehen.

Im Sozialpartnermodell können die Tarifvertragsparteien zusätzlich arbeitgeberfinanzierte Sicherungsbeiträge vereinbaren (§ 23 BetrAVG). Werden diese Beiträge dem Arbeitnehmer direkt auf seine Direktversicherung gutgeschrieben bzw. zugerechnet, sind sie steuerlich wie die übrigen Beiträge zu behandeln (z.B. Steuerfreistellung nach § 3 Nr. 63 EStG). Ansonsten bleiben sie im Zeitpunkt der Leistung des Arbeitgebers nach § 3 Nr. 63a EStG steuerfrei. Die daraus später gewährten Betriebsrenten sind in vollem Umfang steuerpflichtig (siehe Nr. 2.1.8).

2.3 Rückdeckungsversicherungen

Die Beiträge stellen für das Unternehmen Betriebsausgaben dar, sofern der Abschluss des Versicherungsvertrags betrieblich veranlasst ist.

Das Unternehmen muss in seiner Bilanz die Versicherung mit dem Deckungskapital bzw. bei der Überschussverwendungsart „Investmentfonds“ zusätzlich die Fondsanteile mit deren Gegenwert aktivieren. Fondsgebundene Lebensversicherungen sind ebenfalls in Höhe des Gegenwertes der Fondsanteile zu aktivieren. Wird eine Leistung aus der Rückdeckungsversicherung ausgezahlt, führt diese zu Betriebseinnahmen des Unternehmens. Es erfolgt eine Verrechnung gegen den aktivierten Rückdeckungsanspruch. Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmen-/Überschussrechnung erfolgt keine Aktivierung.

Der Versicherer hat auch bei Rückdeckungsversicherungen eine zu erhebende Kapitalertragsteuer einzubehalten und an das zuständige Finanzamt abzuführen. Die Abgeltungsteuer kommt nicht zur Anwendung.

Im Insolvenzfall des Arbeitgebers hat der versicherte Versorgungsberechtigte bei beitragsorientierten Leistungszusagen nach § 8 Absatz 2 BetrAVG das Recht, eine dazu auf sein Leben abgeschlossene Rückde-

ckungsversicherung auf sich übertragen zu lassen und mit eigenen Beiträgen fortzuführen. Der Versorgungsberechtigte wird Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigter. Die auf ihn übertragenen Deckungsmittel werden zum Übertragungszeitpunkt nach § 3 Nr. 65 Satz 1 Buchstabe d EStG steuerfrei gestellt.

Die Besteuerung der späteren Leistungen erfolgt nach § 22 Nr. 5 EStG. Danach ist die Leistung aus dem Übertragungswert in voller Höhe zu versteuern, während die Leistungen aus eigenen Beiträgen wie die gleichartigen Leistungen im Abschnitt „Private Versicherungen“ zu behandeln sind. Im Übrigen treffen die Ausführungen unter 2.1.8 ebenso zu.

2.4 Teilhaberversicherungen

Schließt eine Personengesellschaft eine Lebensversicherung in Form der Teilhaberversicherung ab, sind die Beiträge bei der Gesellschaft nicht als Betriebsausgaben abzugsfähig, sondern als Entnahmen der Gesellschafter zu behandeln. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist in der Steuerbilanz der Gesellschaft nicht zu aktivieren. Demgegenüber ist eine betriebliche Veranlassung gegeben, wenn die Personengesellschaft anstelle ihres Gesellschafters einen nicht beteiligten Arbeitnehmer oder auch einen Geschäftspartner versichert, selbst aber bezugsberechtigt ist.

Sofern eine Kapitalgesellschaft als Versicherungsnehmerin, Beitragszahlerin und Anspruchsberechtigte eine Lebensversicherung in Form der Teilhaberversicherung abschließt, handelt es sich grundsätzlich um einen betrieblichen Vorgang, der analog der Rückdeckungsversicherung (siehe Nr. 2.3) behandelt wird.

Wir empfehlen bei Teilhaberversicherungen einen Steuerberater hinzuzuziehen.

B. ERBSCHAFTSTEUER

1. Allgemeines

Ansprüche oder Leistungen aus Lebensversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie auf Grund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Der Versicherer hat in diesen Fällen eine Anzeigepflicht gegenüber dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Ob sich eine Erbschaftsteuerschuld ergibt, ist von den

individuellen Verhältnissen (z.B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

2. Leistungen aus Direktversicherungen an den Arbeitnehmer

Erhält der versicherte Arbeitnehmer die Leistung, ist kein steuerpflichtiger Erwerb gegeben, da er durch das eingeräumte Bezugsrecht als wirtschaftlicher Inhaber der Leistung gilt. Im Todesfall des versicherten Arbeitnehmers sind die fälligen Hinterbliebenenbezüge beim überlebenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner bzw. den Kindern grundsätzlich steuerfrei. Dies gilt auch für entsprechende Hinterbliebene eines nicht beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführers einer GmbH, soweit sie angemessen sind. Bei beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern sind die Hinterbliebenenbezüge stets erbschaftsteuerpflichtig. Stehen anderen Personen Leistungen zu, hängt eine Erbschaftsteuerschuld von den individuellen Verhältnissen (z.B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) ab.

C. VERSICHERUNGSTEUER

1. Renten- und Kapitallebensversicherungen sowie Risikolebensversicherungen

Die Beiträge sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe a Versicherungsteuergesetz (VerStG) von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat (bzw. bei juristischen Personen der Sitz der Geschäftsleitung in Deutschland ist).

2. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- sowie Grundfähigkeits(-Zusatz)versicherungen

Die Beiträge sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VerStG) von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat (bzw. bei juristischen Personen der Sitz der Geschäftsleitung in Deutschland ist) und die Ansprüche aus diesen Versicherungen der Versorgung der versicherten Person oder deren Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

Die Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person, wenn

- die versicherte Person selbst das Bezugsrecht für die Leistung hat oder
- ein naher Angehöriger der versicherten Person das Bezugsrecht für die Leistung hat oder

- ein dem Bezugsrecht der versicherten Person gleichgestellter Fall vorliegt:
 - die Versicherungsleistung steht einem gesetzlichen Vertreter, Vormund oder einem bestellten Betreuer der versicherten Person zu, oder
 - die Versicherungsleistung steht einer Person zu, die diese treuhänderisch für die versicherte Person verwaltet.

Die Versicherung dient weiterhin der Versorgung der versicherten Person, wenn der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt (z.B. eine Zusage im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung).

3. Versicherungsnehmer ohne Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz in Deutschland

Für Versicherungsnehmer, die einem der übrigen Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums angehören, ist ggf. die landesübliche Versicherungsteuer von uns zu erheben.

D. UMSATZSTEUER

Bei den Versicherungen in den vorgenannten Abschnitten sind die Beiträge und Leistungen nach § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) von der Umsatzsteuer befreit.

E. STEUERDATENAUSTAUSCH ZWISCHEN STAATEN

Um grenzüberschreitender Steuerhinterziehung entgegenzuwirken, haben zahlreiche Länder zwischenstaatliche Abkommen unterzeichnet, um eine rechtliche Grundlage für einen Austausch von steuerrelevanten Informationen zu erhalten. Von Bedeutung sind die folgenden Abkommen:

1. Meldepflichten nach dem Abkommen zwischen Deutschland und den USA (FATCA)

FATCA bedeutet »Foreign Account Tax Compliance Act« und regelt den Informationsaustausch zwischen Deutschland und den USA. Die Meldepflicht im Rahmen von FATCA besteht seit dem 1. Juli 2014. Hierzu haben auch Versicherer Daten zu erheben und nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz an das Bundeszentralamt für Steuern zu übermitteln, das die erhaltenen Daten an die zuständige Behörde der USA weiterleitet.

Um einen meldepflichtigen Versicherungsvertrag handelt es sich immer dann, wenn dessen Versicherungsnehmer mindestens eine in den USA steuerlich ansässige Person oder ein Rechtsträger ist, der von mindestens einer in den USA steuerlich ansässigen Person beherrscht wird. Bei Fälligkeit tritt an die Stelle des Versicherungsnehmers die Person, die Anspruch auf Erhalt der Versicherungsleistung hat.

Zu den zu meldenden Informationen gehören u.a. Name, Anschrift und US-amerikanische Steueridentifikationsnummer des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten auf die Versicherungsleistung, Vertragsnummer, Rentenleistungen und der Wert der Versicherung zum Ende des Kalenderjahrs oder zum Zeitpunkt der Vertragsbeendigung.

Meldepflichtig sind rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungsverträge, mit einem Wert von mehr als 50.000 US-Dollar.

Für Meldezwecke sind alle von einer Person geführten Verträge zusammen zu fassen. Der Wert eines Vertrags wird jeweils zum letzten Tag eines Kalenderjahrs ermittelt. In Bezug auf in Euro geführte Verträge ist der von der Deutschen Bundesbank veröffentlichte Referenzkurs der Europäischen Zentralbank zum US-Dollar anzusetzen, der zum letzten Tag des Kalenderjahrs ermittelt wird.

Es gehört zu Ihren Obliegenheiten, uns Änderungen Ihres Status in Bezug auf eine steuerliche Ansässigkeit in den USA mitzuteilen.

Hiervon ausgenommen sind Altersvorsorgepläne nach § 1 des Betriebsrentengesetzes und somit alle Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung. Damit sind die in diesem Zusammenhang abgeschlossenen Rückdeckungsversicherungen und Direktversicherungen von der Meldepflicht nicht betroffen.

2. Meldepflichten nach dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz

Das Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKAustG) regelt mit Wirkung ab 01.01.2016 den automatischen Informationsaustausch über steuerrelevante Daten nach dem „Common Reporting Standard (CRS)“ in Deutschland. Auf Grundlage dieser Bestimmungen übermitteln wir jährlich bestimmte Daten an das Bundeszentralamt für Steuern.

Zu melden sind rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungsverträge ohne Summenbeschränkungen sowie Riester-Rentenversicherungen. Um einen meldepflichtigen Vertrag handelt es sich, wenn der Versicherungsnehmer eine nicht in Deutschland steuerlich ansässige Person ist oder ein Rechtsträger ist, der von einer in einem Vertragsstaat ansässigen Person beherrscht wird. Bei Fälligkeit tritt an die Stelle des Versicherungsnehmers die Person, die Anspruch auf Erhalt der Versicherungsleistung hat. Zu den zu meldenden Informationen gehören u.a. Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer der betreffenden Person, Vertragsnummer, Rentenleistungen und der Wert des Vertrags zum Ende des Kalenderjahrs.

Um die Meldepflichtigkeit eines Vertrags bzw. die steuerliche Ansässigkeit eines Kunden zu ermitteln, werden Selbstauskünfte eingeholt. Informationen oder Unterlagen sind in diesem Zusammenhang von Ihnen vollständig und richtig zu erteilen oder herauszugeben. Bei einer Änderung der Gegebenheiten sind die neu zutreffenden Angaben innerhalb des in § 3a FKAustG angegebenen Zeitraums richtig und vollständig von Ihnen mitzuteilen.

Altersvorsorgepläne nach den Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung gemäß § 1 Betriebsrentengesetz sind von der Meldepflicht ausgenommen. Damit sind die in diesem Zusammenhang abgeschlossenen Rückdeckungsversicherungen und Direktversicherungen von der Meldepflicht nicht betroffen.