



RISIKODETAILS

TYP Berufsunfähigkeitsversicherung

EINDEUTIGE MARKTREFERENZ B1715F33128924

VERTRAGSNUMMER

VERSICHERUNGSNEHMER

ANSCHRIFT

VERSICHERUNGSPERIODE Von: XX.XX.2026 00:00 Uhr
bis: 30.09.2026 24:00 Uhr
beide Tage eingeschlossen, jeweils die lokale Zeit an der angegebenen Adresse des Versicherungsnehmers.

VERSICHERTES INTERESSE Volle 24-Stunden-Dekung für **vorübergehende und dauerhafte Berufsunfähigkeit** für den **Versicherungsnehmer** gemäß Bedingungen

VERSICHERUNGSSUMME **Vorübergehende Berufsunfähigkeit**
Maximal 75% der monatlichen Einkünfte mit einer maximalen Summe von X,00 Euro pro Monat
Karenzzeit: 406 Tage pro Leistungsfall
Maximale Rentendauer bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: 120 Monate gemäß nachfolgender Tabelle
Dauernde Berufsunfähigkeit
10-fache Jahresrente aus vorübergehender Berufsunfähigkeit mit einem Maximum von X,00 Euro gemäß nachfolgender Tabelle
Karenzzeit: 120 Monate

Alter	Renten *	Leistung **	Alter	Renten *	Leistung **
67	12	0	57	120	12
66	24	0	56	120	24
65	36	0	55	120	36
64	48	0	54	120	48
63	60	0	53	120	60
62	72	0	52	120	72
61	84	0	51	120	84
60	96	0	50	120	96
59	108	0	49	120	108
58	120	0	48	120	120

* Anzahl der monatlichen Renten bei vereinbarter maximaler Leistung von 120 Monaten

** Einmalige Kapitalleistung in Höhe von folgender Anzahl von vBU-Monatsrenten bei dauernder Berufsunfähigkeit

GEOGRAPHISCHER GELTUNGSBEREICH Weltweite Deckung
Gerichtsstand Deutschland



BEDINGUNGEN	Versicherungsbedingungen CollectPlus (TEIL EINS – NEUN) Fristen gemäß anliegendem Policentext Leistungen gemäß anliegender Aufstellung (TEIL ZEHN – ANHANG) Höchstalter für Leistungen: 67 Jahre LBS0046D Datenschutzinformation Luxemburgisches Berufsgeheimnis LBS0081 Klagezustellungs- und Gerichtsstandsklausel NMA0464 Kriegs- und Bürgerkriegsausschlussklausel LMA3100A Sanktionsklausel LMA5322 Cyber Act and/or Denial of Service LMA5414 Cyber Risks Endorsement LBS0063A Beschwerdemeldung
ANWENDBARES RECHT	Auf das Versicherungsverhältnis dieses Versicherungsvertrages findet ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Alle Streitigkeiten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer unterliegen dem deutschen Gerichtsstand.
PRÄMIE MONATLICH	
ZAHLUNGSVEREINBARUNG	monatlich SEPA Lastschrift
STEUERN	Keine Steuern zahlbar durch (Rück)Versicherer und verwaltet durch die Versicherer.
DATEN	Datenerhebung, Datenübermittlung, Datenspeicherung gem. Klausel LBS0046D Datenschutzklausel (Anhang).
POLICENDOKUMENT	Die Police wird in Deutsch ausgestellt und von dem Versicherer genehmigt. Jede in Übereinstimmung mit den entsprechenden Vorschriften dieser Police vereinbarte Policenänderung bildet den Nachweis der entsprechenden Änderung.
KÜNDIGUNGSERKLÄRUNG	Falls die (Rück)Versicherer in Übereinstimmung mit der Police ein Kündigungsrecht ausüben können, ist im Umfang der Police der führende Versicherer zur Abgabe dieser Erklärung mit Wirkung für alle beteiligten (Rück)Versicherer bevollmächtigt. Optional kann jeder beteiligte (Rück)Versicherer hinsichtlich seiner eigenen Beteiligung die Kündigung erklären.

Biometric Underwriting GmbH in Vertretung für Lloyd's Insurance Company S.A.

Dennis Hugo, Geschäftsführer
Biometric Underwriting GmbH

Carl-Andreas Krauel, Geschäftsführer
Biometric Underwriting GmbH



Versicherungsbedingungen CollectPlus

(TEIL EINS – NEUN)

&

Individuelle Vereinbarungen (TEIL ZEHN)

MUSTER



VERSICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDER UND/ODER DAUERNDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

TEIL EINS – VERSICHERTES INTERESSE / LEISTUNGEN

Der Versicherer verpflichtet sich gemäß den Bedingungen und Bestimmungen dieses Vertrages, für eine nach Beginn der Versicherung eingetretene **vorübergehende** oder **dauernde Berufsunfähigkeit** die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Fettgedruckte Wörter in der vorliegenden Versicherungspolice haben eine besondere Bedeutung, wie im Abschnitt **TEIL ZWEI – DEFINITIONEN** der Police dargelegt.

I. VORÜBERGEHENDE BERUFSUNFÄHIGKEIT

1. Erleidet der Versicherungsnehmer aufgrund eines Unfalls einen **Körperschaden**, der sich innerhalb der Laufzeit der Police ereignet und der innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers führt, zahlt der Versicherer eine **monatliche Rente** wie in **TEIL ZEHN - ANHANG** angegeben.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine **Erkrankung** erleidet, die sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** hat und die innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers führt, zahlt der Versicherer die **monatliche Rente** wie in **TEIL ZEHN - ANHANG** angegeben.

2. Kommt es bei dem Versicherungsnehmer zu einem mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfall**, der sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** hat und welche innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers führt, zahlt der Versicherer die **monatliche Rente** wie in **TEIL ZEHN - ANHANG** angegeben.

3. Die **monatliche Rente** wird erst nach Ablauf der **Karenzzeit** gezahlt. Nach Ablauf der **Karenzzeit** wird für die Dauer der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers geleistet, jedoch in keinem Fall über den in **TEIL ZEHN - ANHANG** angegebenen **maximalen Leistungszeitraum** hinaus. Die **monatliche Rente** wird zu jedem Jahrestag der Leistungszahlungen entweder um 7 % oder um den zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen jährlichen prozentualen Anstieg des Verbraucherpreisindex des Landes, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, angepasst – je nachdem, welcher Prozentsatz geringer ist.

Die **monatliche Rente** wird, sofern nichts anderes vereinbart ist, nur für Versicherungsnehmer gezahlt, die bei Eintritt der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** nicht älter als 67 Jahre alt sind.

4. Die Ansprüche nach diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererbbar. Mit dem Eintritt des Todes des Versicherungsnehmers endet jegliche Leistungspflicht des Versicherers. Diese Versicherung gewährt **keinerlei Leistungen aus Anlass des Todes des Versicherungsnehmers**.

Ist der Versicherungsnehmer verschollen, besteht kein Anspruch unter diesem Vertrag.

II. DAUERNDE BERUFSUNFÄHIGKEIT

1. Bei **dauernder Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers sind die Leistungen, die der Versicherer erbringt, gestuft: Zunächst werden von dem Versicherer die **monatlichen Renten** wie bei der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** (gemäß Ziff. I.) erbracht. Wird für den Versicherungsnehmer unmittelbar nach Ablauf der maximalen Leistungszeit der **monatlichen Renten** die **dauernde Berufsunfähigkeit** ärztlich nachgewiesen, erbringt der Versicherer eine einmalige Kapitalleistung wie in **TEIL ZEHN - ANHANG** angegeben.



2. Dies setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer gemäß **TEIL SIEBEN Ziff.3** nachweisen kann, dass er innerhalb der Laufzeit des Vertrages infolge eines **Unfalls** einen **Körperschaden** davongetragen hat, der die **dauernde Berufsunfähigkeit** zur Folge hat oder es bei ihm innerhalb der Laufzeit des Vertrages zu einer **Erkrankung** gekommen ist, welche sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** und die **dauernde Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers zur Folge hat oder ein mehr als **altersentsprechender Kräfteverfall** eingetreten ist, welche sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** und die **dauernde Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers zur Folge hat.
3. Die Kapitalleistung für **dauernde Berufsunfähigkeit** wird, sofern nichts anderes vereinbart ist, unter diesem Vertrag nur für Versicherungsnehmer gezahlt, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht älter als 67 Jahre sind. Erfolgt die Zahlung der monatlichen Rente für die **vorläufige Berufsunfähigkeit** bis zum Eintritt in die gesetzliche oder anderweitig vertraglich vereinbarte Altersrente, wird für die **dauernde Berufsunfähigkeit** keine Kapitalleistung erbracht.
4. Die Ansprüche nach diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererbbar. Mit dem Eintritt des Todes des Versicherungsnehmers endet jegliche Leistungspflicht des Versicherers. Diese Versicherung gewährt **keinerlei Leistungen aus Anlass des Todes des Versicherungsnehmers**.
5. Ist der Versicherungsnehmer verschollen, besteht kein Anspruch unter diesem Vertrag.

III. WIEDERKEHRENDE UND SPÄTERE BERUFSUNFÄHIGKEIT

Sollte es bei dem Versicherungsnehmer zu einer abermaligen Berufsunfähigkeit kommen, wird dieser von dem Versicherer im Rahmen des ursprünglichen Anspruchs behandelt, sodass der Versicherungsnehmer keine weitere **Karenzzeit** abwarten muss. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass:

1. der Versicherungsnehmer während des Zeitraums zwischen dem vorausgehenden Anspruch und der abermaligen **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** durchgängig unter diesem Versicherungsprogramm CollectPlus versichert war; und
2. die abermalige **vorübergehende Berufsunfähigkeit** binnen 12 Monaten nach Ende des vorausgehenden Anspruchs eintritt.

Die abermalige **vorübergehende Berufsunfähigkeit** unterliegt denselben Bestimmungen des vorliegenden Versicherungsvertrages wie der vorausgehende Anspruch. Bei abermaliger **vorübergehender Berufsunfähigkeit** zahlt der Versicherer die **monatliche Rente** für die Dauer dieser **vorübergehenden Berufsunfähigkeit**, jedoch begrenzt auf den ungenutzten Teil des maximalen Leistungszeitraums für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** wie im **TEIL ZEHN – ANHANG** aufgeführt.

Jede **vorübergehende Berufsunfähigkeit**, die nach 12 Monaten nach Ende des vorausgehenden Anspruchs eintritt, gilt als neuer Anspruch. Dieser unterliegt sämtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertrages.

Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer nur einmal die bedingungsgemäße Leistung fordern. Der Versicherer ist von der Leistung unter der vorliegenden Police frei, wenn der Versicherungsnehmer bereits unter der vorangegangenen Police des CollectPlus Versicherungsprogramms Leistungen erhält.

IV. TEILEINNAHMEN BEI VORÜBERGEHENDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer gemäß der vorliegenden Police eine **monatliche Rente** erhält und dazu anteilig **monatliche Einnahmen** aus seinem **ausgeübten Beruf** und/oder Leistungen aus bei Antragsstellung bestehender Berufsunfähigkeitsversicherungen erhält, wird, soweit die anteilige monatliche Einnahme und die monatlichen Renten zusammen die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltene monatliche Einnahme überschreiten, die zu zahlende **monatliche Rente** aus diesem Vertrag anteilig um diesen Mehrbetrag gekürzt, damit gewährleistet ist, dass der Versicherungsnehmer in der Summe nicht mehr als 100 % seiner üblichen **monatlichen Einnahmen** erhält.



V. ENTFALLEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, sobald eines der nachstehenden Ereignisse eintritt:

1. Bei Ende des **maximalen Leistungszeitraums** der Zahlungen;
2. Ab dem Tag, ab dem der Versicherungsnehmer wieder in der Lage ist, seinen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf zu mehr als 50% auszuüben;
3. Ab dem Tag, ab dem der Versicherer den Nachweis erbringt, dass der Versicherungsnehmer in der Lage ist, seinen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf zu mehr als 50% auszuüben.

VI. AUSSCHLUSS DER ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

DIE NACH § 153 VVG VORGESEHENE ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG (BETEILIGUNG AM ÜBERSCHUSS UND AN BEWERTUNGSRESERVEN) IST AUSDRÜCKLICH AUSGESCHLOSSEN. WEDER DER VERSICHERUNGSNEHMER NOCH EINE SONSTIGE PERSON ERHÄLT AUFGRUND DIESES VERSICHERUNGSVERTRAGES EINE SOLCHE ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG.



TEIL ZWEI - DEFINITIONEN

Altersentsprechend meint den Vergleich mit der Allgemeinheit und nicht den Vergleich mit anderen Personen derselben Berufsgruppe.

Ausgeübter Beruf ist die konkrete Tätigkeit, welche der Versicherungsnehmer unmittelbar vor Beginn seiner **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** regelmäßig ausgeübt hat.

Dauernde Berufsunfähigkeit bedeutet, dass bei dem Versicherungsnehmer eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** ununterbrochen während des gesamten Leistungszeitraums vorlag und dass der Versicherungsnehmer spätestens am Ende der Rentenzahlungen für die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** keine wirkliche Aussicht auf Besserung hat, welche ausreichend ist, um jemals wieder in seinem ausgeübten Beruf zu arbeiten.

Karenzzeit steht für die aufeinanderfolgenden Tage zu Beginn des Zeitraums einer **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit**, in der kein Anspruch auf Rentenzahlung besteht.

Körperschaden bedeutet eine durch einen **Unfall** hervorgerufene konkrete Körperverletzung, die unmittelbar und unabhängig von anderen Ursachen innerhalb der Policenlaufzeit zur **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers führt.

Kräfteverfall ist das Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte oder die Minderung der Belastbarkeit über den **altersentsprechenden** Zustand hinaus.

Krankheit/Erkrankung bedeutet eine Erkrankung oder Krankheit, die sich zuletzt während der Versicherungsdauer **manifestiert**. Sie muss unmittelbar und unabhängig von allen anderen Ursachen innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** führen. **Erkrankung** schließt **psychische Störungen** ein.

Krieg ist die militärische Aktion zwischen zwei oder mehreren Nationen sowie die militärische Aktion aufgrund eines Bürgerkriegs oder einer Revolution.

Maximaler Leistungszeitraum bedeutet die im **TEIL ZEHN - ANHANG** angegebene Gesamtzahl der Monate, für die monatliche Renten zu zahlen sind.

Manifestation bedeutet das Datum der finalen Diagnose eines in der Behandlung der **Krankheit** oder des mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** erfahrenen Arztes. Die **Manifestation** endet, wenn ein in der Behandlung der **Krankheit** oder des mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** erfahrener Arzt bestätigt, dass die **Krankheit** oder der mehr als **altersentsprechende Kräfteverfall** vollständig geheilt ist oder die versicherte Person wieder zur Arbeit zurückkehren kann.

Monatliche Einnahmen bedeutet ein Zwölftel des Jahresverdienstes des Versicherungsnehmers.

Monatliche Rente bezieht sich auf die im **TEIL ZEHN - ANHANG** angegebene Leistung.

Psychische Störung bedeutet ein psychiatrisches oder psychologisches Leiden, unabhängig von der Ursache, wie Schizophrenie, Depression, manisch-depressive oder bipolare Erkrankung, Angst, Persönlichkeitsstörungen und/oder Anpassungsstörungen oder andere Erkrankungen. Personen mit diesen Erkrankungen werden in der Regel von Psychologen/Psychiatern oder anderen qualifizierten Dienstleistern mittels Psychotherapie, Psychopharmaka oder anderen ähnlichen Behandlungsmethoden therapiert.

Unfall bedeutet ein bestimmtes, plötzliches und unerwartetes Ereignis, das von außen zu einer identifizierbaren Zeit an einem identifizierbaren Ort, während der Policenlaufzeit eintritt.

Vorerkrankung ist eine **Krankheit** oder **Körperverletzung**, durch Ursachen, wegen derer der Versicherungsnehmer in den letzten 24 Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat.

Vorübergehende Berufsunfähigkeit bedeutet, dass der Versicherungsnehmer aufgrund eines **Unfalls**, einer **Erkrankung** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** nach Ablauf der angegebenen **Karenzzeit** seinen **ausgeübten Beruf** nur zu 50 % oder weniger ausüben kann. Die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** ist ärztlich zu bestätigen.

TEIL DREI - VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN

I. VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT

1. Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung verpflichtet, alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt wird, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für die Entscheidung des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme in Textform gestellt wird.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer beantwortet und diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird der Versicherungsnehmer behandelt, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

2. Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird sie behandelt, als hätte der Versicherungsnehmer selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.
3. Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, kann der Versicherer
 - (a) vom Vertrag zurücktreten,
 - (b) den Vertrag kündigen,
 - (c) den Vertrag ändern oder
 - (d) den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

(a) Rücktritt

Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, hat der Versicherer trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls er den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämien oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktritt, bleibt seine Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verschwiegen worden ist.

(b) Kündigung

Wenn das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.

(c) Vertragsänderung

Kann der Vertrag von dem Versicherer nicht gekündigt werden und kann er auch nicht vom Vertrag zurücktreten, weil der Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats, nachdem er die Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten hat, fristlos kündigen, wenn

- im Rahmen einer Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10% erhöht wird
- oder
- die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen wird.

(d) Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte der Versicherer

Das Recht des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung steht ihm nur zu, wenn der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen wurde.

Der Versicherer hat kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei Ausübung dieser Rechte muss der Versicherer die Umstände angeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von drei Jahren seit Vertragsschluss erlöschen die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, kann der Versicherer die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt sie zehn Jahre.

Das Vorstehende gilt entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen gemäß d) beginnen mit der Änderung des Vertrages bezüglich des geänderten Teils neu.

II. VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN

Eine Verletzung von Mitwirkungspflichten, welche gemäß **TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL** nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, kann Auswirkungen auf die Leistungspflicht des Versicherers haben.

Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag von dem Versicherungsnehmer vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus dieser Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist.

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer arglistig verletzt wurde.



Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, ist der Versicherer ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe der Bedingungen dieses Versicherungsvertrages zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

MUSTER



TEIL VIER – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. **Vertragsänderungen:** Eine Änderung des Versicherungsvertrages ist erst mit Genehmigung des Versicherers wirksam und unter der Voraussetzung, dass diese Genehmigung auf der Police nachgetragen bzw. dieser beigelegt wird. Kein Vertreter ist befugt, die Police zu ändern oder auf Bestimmungen des Versicherungsvertrages zu verzichten.
2. **Unanfechtbarkeit:** Drei Jahre nach Versicherungsbeginn des vorliegenden Versicherungsvertrages dürfen von dem Versicherer keine unrichtigen und/oder unvollständige Angaben, die mit Einreichung der Unterlagen für diesen Vertrag bzw. bei der Antragstellung gemacht wurden, mehr verwendet werden, um vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, ihn zu kündigen oder um sich auf Leistungsfreiheit hinsichtlich eines Anspruches auf **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernde Berufsunfähigkeit**, der nach Ablauf dieses Zeitraums von drei Jahren entsteht, zu berufen; dies gilt jedoch nicht für Fälle der arglistigen Täuschung.
3. **Zahlung von Ansprüchen:** Alle Renten und Kapitalleistungen werden in Euro ausgezahlt, sofern nicht eine Abtretung / Pfändung in Übereinstimmung mit Ziff. 4) vorliegt.
4. **Abtretung / Verpfändung:** Eine Abtretung und/oder Verpfändung von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer ist für den Versicherer erst und nur dann verbindlich, soweit das Original oder eine Zweitausfertigung des Abtretungsvertrages bzw. der Pfändungserklärung bei dem Versicherer eingereicht wurde. Der Versicherer haftet nicht für die Gültigkeit einer Abtretung oder Verpfändung.
5. **Verrechnung von Zahlungen:** Erhält der Versicherungsnehmer Zahlungen unter einem anderen Versicherungsvertrag, den der Versicherungsnehmer abgeschlossen hat und über deren Existenz der Versicherer vor Versicherungsbeginn nicht in Kenntnis gesetzt wurde, obwohl der Versicherer vor Vertragsbeginn hiernach in Textform gefragt hat, werden die Renten, die gemäß dem vorliegenden Versicherungsvertrag gezahlt werden, um den Betrag gekürzt, der aufgrund des nicht offengelegten Versicherungsvertrages gezahlt wird.

Sollten in diesem Fall Renten gemäß dem vorliegenden Versicherungsvertrag bereits gezahlt worden sein, ist eine etwaige Differenz zwischen der gezahlten Rente und der neu berechneten Rente durch den Versicherungsnehmer an den Versicherer zurückzuzahlen. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer keine vollständige Rückzahlung an den Versicherer leistet, können diese künftigen Renten um den Betrag der noch ausstehenden Differenz gekürzt werden.
6. **Prämienzahlungspflicht:** Prämien, die gemäß diesem Versicherungsvertrag fällig sind, dürfen nicht aufgrund von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer verweigert werden.
7. **Verzicht auf Prämienzahlung:** Auf Prämien, die unter diesem Versicherungsvertrag fällig sind, verzichtet der Versicherer, wenn der Versicherungsnehmer berechtigt einen Leistungsanspruch geltend macht oder Leistungen erhält. Wenn der Versicherungsnehmer in seinen **ausgeübten Beruf** zurückkehrt, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf.
8. **Rechtliche Schritte:** Klagen im Hinblick auf den vorliegenden Versicherungsvertrag können erst nach Ablauf einer Frist von 60 Tagen, nachdem der schriftliche Nachweis einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit**, je nach Fall, in Übereinstimmung mit den hier genannten Bestimmungen erbracht wurde, eingeleitet werden.
9. **Anwendbares Recht:** Auf das Versicherungsverhältnis dieses Versicherungsvertrages findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.



10. **Gerichtsstand:** Für Klagen aus dem Vertrag gegen den Versicherer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Sitz des Versicherers oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der klagende Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz hat. Wenn der klagende Versicherungsnehmer keinen Wohnsitz hat, ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.
- (a) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, welches für den jeweiligen Wohnsitz zuständig ist. Wenn der Versicherungsnehmer, gegen die sich die Klage richtet, keinen Wohnsitz hat, ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.
 - (b) Verlegt der Versicherungsnehmer, gegen die sich die Klage richtet, seinen Wohnsitz oder den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem der Versicherer ihren Sitz hat.
11. **Arbeitsfähigkeit:** Zu Beginn des Versicherungsschutzes oder bei Deckungserweiterungen hat der Versicherungsnehmer bestätigt, dass
- (a) er in der Lage ist, seiner vertragsmäßigen Tagesarbeit sowohl mental als auch körperlich nachzugehen, UND
 - (b) er während der letzten 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages aufgrund von **Unfall** oder **Krankheit** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** nicht länger als 20 aufeinanderfolgende Arbeitstage arbeitsunfähig war, UND
 - (c) er in den letzten 12 Monate nicht aufgrund von **Unfall** oder **Krankheit** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** seine Arbeitszeit reduziert, seine normale Arbeitstätigkeit oder seinen Arbeitsplatz geändert hat, dies gilt auch für Heimarbeitsplätze, ohne darauf begrenzt zu sein, UND
 - (d) er in den letzten 60 Tagen vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht den ärztlichen Rat erhalten hat, der Arbeit fernzubleiben, UND
 - (e) er in den letzten 12 Monaten unter einer anderen Berufsunfähigkeitsversicherung, deren Versicherungsnehmer oder versicherte Person er ist, keine Prämienhöhung von mehr als 50% erhalten hat oder ein Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder nur in eingeschränktem Umfang angenommen wurde.
12. **Arbeitsfähigkeit:** Bei einer Versicherungssumme von mehr als 3 Millionen Euro (kombiniert aus **vorübergehender Berufsunfähigkeit** und **dauerhafter Berufsunfähigkeit**) gilt: Zu Beginn des Versicherungsschutzes oder bei Deckungserweiterungen hat der Versicherungsnehmer zusätzlich bestätigt, dass
- (a) er in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung zum erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz keine medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat durch Krankheit oder Körperverletzung durch nachfolgende Ursachen:
 - 1. Krebs inkl. Morbus Hodgkin, Lymphom, Leukämie, Melanom, Tumor, Zyste im Gehirn oder der Wirbelsäule
 - 2. Herzinfarkt, Angina pectoris, koronare Herzkrankheiten oder Herzoperation
 - 3. Schlaganfall, Mini-Schlaganfall, Ischämie, Gehirnblutung/-verletzung, Gehirnoperation
 - 4. Nierenerkrankung
 - 5. Multiple Sklerose, Zerebralparese, Parkinson, Muskeldystrophie, Motoneuronenerkrankung
 - 6. Depression, Nervenzusammenbruch, Angst oder Stress inkl. Selbstmordversuch oder Selbstverletzung



TEIL FÜNF – RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH

Versicherungsschutz besteht für den Versicherungsnehmer weltweit.

MUSTER



TEIL SECHS - AUSSCHLÜSSE

Der vorliegende Versicherungsvertrag gewährt keinen Versicherungsschutz für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernde Berufsunfähigkeit**, die wie folgt mittelbar oder unmittelbar verursacht oder zu welcher wie folgt mittelbar oder unmittelbar beigetragen wird:

1. Aktive Beteiligung an **Krieg**, Feindseligkeiten oder jeglicher Kriegsakt oder Bürgerkriegsakt;
2. die tatsächliche oder angedrohte böswillige Verwendung von biologischen oder chemischen Substanzen;
3. Nuklearreaktionen, Nuklearstrahlung oder radioaktive Kontamination;
4. die aktive Beteiligung des Versicherungsnehmers an Militäraktionen;
5. absichtliche, selbst zugefügte Verletzung oder versuchter Suizid, und zwar innerhalb der ersten drei Jahre des fortlaufenden Versicherungsschutzes unter einem CollectPlus-Versicherungsvertrag;
6. Geschlechtskrankheit, AIDS, Prä-AIDS-Symptomatik und HIV, gleichgültig, wie diese Krankheiten übertragen wurden;
7. die bewusste Exponierung des Versicherungsnehmers in eine außergewöhnliche Gefahr, wobei außergewöhnlich jede Gefahr sein soll, bei der jeder durchschnittliche, vernünftig Denkende den Eintritt eines **Körperschadens** für nahezu zwangsläufig halten musste. Dies gilt nicht für den Versuch, Menschenleben zu retten.
8. **Körperschaden** oder **Erkrankung**, der bzw. die durch eine vorsätzliche eigene Straftat des Versicherungsnehmers hervorgerufen wird;
9. Unfälle durch Einfluss von einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,6 Promille. Einfluss von Drogen, die nicht ärztlich verschrieben oder nicht im verschriebenen Umfang eingenommen wurden und die ohne ärztliche Verschreibung illegal wären.
10. Bei höheren Versicherungssummen als 3 Mio. EUR (Leistungen für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und **dauernde Berufsunfähigkeit** kombiniert):
Vorerkrankungen durch Krankheit oder Körperverletzung durch nachfolgende Ursachen, wegen derer der Versicherungsnehmer in den letzten 24 (vierundzwanzig) Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat:
 - (a) Krebs inkl. Morbus Hodgkin, Lymphom, Leukämie, Melanom, Tumor, Zyste im Gehirn oder der Wirbelsäule
 - (b) Herzinfarkt, Angina pectoris, koronare Herzkrankheiten oder Herzoperation
 - (c) Schlaganfall, Mini-Schlaganfall, Ischämie, Gehirnblutung/-verletzung, Gehirnoperation
 - (d) Nierenerkrankung
 - (e) Multiple Sklerose, Zerebralparese, Parkinson, Muskeldystrophie, Motoneuronenerkrankung
 - (f) Depression, Nervenzusammenbruch, Angst oder Stress inkl. Selbstmordversuch oder Selbstverletzung



TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL

1. *Meldung eines Anspruchs:* Der Versicherer ist schriftlich und so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach dem Auftreten oder dem Beginn einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** über einen möglichen Anspruch in Kenntnis zu setzen. Eine Meldung von oder im Namen des Versicherungsnehmers an den Versicherer, zusammen mit ausreichenden Informationen zur Identifizierung des Versicherungsnehmers, gilt als bei dem Versicherer eingegangen, wenn sie schriftlich an die Biometric Underwriting GmbH ergeht. Zudem gelten alle schriftlichen Mitteilungen an den Versicherungsnehmer durch die Biometric Underwriting GmbH im Auftrag des Versicherers als von dem Versicherer getätigt.
2. *Formulare zur Meldung eines Anspruchs:* Nach Erhalt der Meldung eines Anspruchs stellt der Versicherer dem Anspruchsteller/der Anspruchstellerin unverzüglich jene Formulare zur Verfügung, die zum Einreichen des Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** erforderlich sind.

MUSTER



3. *Nachweis einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit und/oder dauernden Berufsunfähigkeit:* Dem Versicherer ist so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach Beginn der **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** der schriftliche Nachweis über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit zu erbringen.

Im Falle der Geltendmachung des Anspruchs auf Kapitalzahlung wegen **dauernder Berufsunfähigkeit** ist dem Versicherer so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach Beginn der **dauernden Berufsunfähigkeit** der schriftliche Nachweis über das Vorliegen hierüber zu erbringen.

Wird eine Leistung auf **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** aus diesem Vertrag beansprucht, müssen auf Kosten des Versicherers folgende Auskünfte und Nachweise vorgelegt werden:

- (a) einen Nachweis über den Geburtstag des Versicherungsnehmers;
- (b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- (c) ausführliche Berichte der Ärzte, die der Versicherungsnehmer gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens des Versicherungsnehmers sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- (d) Angaben über Einkommen aus dem unmittelbar vor Beginn der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit ausgeübten Berufs**;
- (e) Nachweis über den derzeitigen Arbeitgeber;
- (f) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten oder Pflegeeinrichtungen, bei denen der Versicherungsnehmer in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird;
 - der Versicherungsgesellschaften, bei denen der Versicherungsnehmer ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gelten machen könnte.

Für höhere Versicherungssummen als 3 Mio. EUR (vgl. **TEIL SECHS Ziff.11**) gilt zusätzlich:

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit binnen zwölf Monaten nach erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz muss zusätzlich vorgelegt werden:

- eine Aufstellung der Ärzte, bei denen der Versicherungsnehmer innerhalb der letzten 24 Monate vor dem erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit behandelt wurde sowie eine diesbezügliche Schweigepflichtentbindung.

Zu diesen Nachweisen einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** zählt auch die Bescheinigung eines unabhängigen Arztes, der nicht der Versicherungsnehmer selbst sein oder zu seiner Familie gehören darf, in der die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** bzw. ggf. die **dauernde Berufsunfähigkeit** bestätigt wird. Zur Familie zählen Ehepartner, Lebenspartner/in, Abkömmlinge, Eltern, Geschwister und sonstige Verwandte ersten oder zweiten Grades.

Werden die Nachweise nicht so zeitnah wie vernünftigerweise möglich erbracht behält der etwaige Anspruch seine Gültigkeit und wird auch nicht gemindert, sofern es mit zumutbarem Aufwand nicht möglich war, in dieser Zeit den Nachweis zu erbringen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass der Nachweis danach so zeitnah wie möglich spätestens innerhalb eines Jahres ab Anspruchsmeldung an den Versicherer erbracht wird.

4. *Erklärung über Leistungspflicht:* Nach Prüfung der eingereichten, geschuldeten, schriftlichen Nachweise einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** bzw. einer **dauernden Berufsunfähigkeit** und vollständiger Untersuchung des Vorfalles bzw. des Anspruchs durch den Versicherer erklärt dieser in Textform, ob und in welchem Umfang er eine Leistungspflicht anerkennt. Der Versicherer kann seine Leistungspflicht einmalig zeitlich befristet anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht, welcher mitgeteilt wird. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für den Versicherer bindend.



5. **Zeitpunkt der Zahlung von Ansprüchen:** Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat sich der Versicherer und der Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von 14 Tagen, jedoch nicht vor Ablauf der **Karenzzeit**. Vorbehaltlich des geschuldeten, schriftlichen Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** werden sämtliche aufgelaufenen Renten für die **vorübergehende Berufsunfähigkeit**, für die per vorliegendem Versicherungsvertrag periodische Zahlungen vorgesehen sind, zum Ende des jeweiligen Monats ausgezahlt, und zwar bis zum Ende des Zeitraums, für den der Versicherer leistungspflichtig ist.
Die anteilige Berechnung bei **vorübergehender Berufsunfähigkeit** bezogen auf einen Monat erfolgt auf der Grundlage von einem Dreißigstel der entsprechenden monatlichen Rente für jeden Tag der Berufsunfähigkeit, für den der Versicherer haftet.
6. **Mitwirkung:** Gemäß diesem Vertrag sind keine Leistungen zu erbringen, sollte sich der Versicherungsnehmer weigern, sich einer angemessenen und grundsätzlich nicht gefährlichen medizinischen Behandlung und/oder Therapie zu unterziehen, welche der Arzt des Versicherungsnehmers angeordnet hat, um jener **Erkrankung** oder **Körperschaden** entgegenzuwirken, welcher als Grund für die Unfähigkeit zur Ausübung aller Pflichten im Zusammenhang mit seinem **ausgeübten Beruf** angegeben wird. Angemessen und sicher sind Maßnahmen, die sicher und nicht mit bestimmten Schmerzen verbunden sind und die auch eine sichere Aussicht auf eine Verbesserung des Allgemeinzustands bieten. Hierzu zählen Maßnahmen wie der Einsatz von orthopädischen oder anderen medizinischen Geräten (z. B. das Tragen von Prothesen, die Verwendung von Seh- und Hörgeräten), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.
7. **Mitteilungspflicht:** Der Versicherungsnehmer hat unverzüglich mitzuteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit mindert oder wegfällt oder eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird.
8. **Ärztliche Untersuchungen:** Der Versicherer hat das Recht, einmal jährlich auf Kosten des Versicherers weitere ärztliche Untersuchungen des Versicherungsnehmers, dessen **Körperschaden** oder **Erkrankung** Grundlage eines Anspruchs ist, durch einen Arzt nach Wahl des Versicherers zu verlangen, und zwar für die Dauer des Anspruchs gemäß diesem Vertrag. Diese ärztlichen Untersuchungen dürfen häufiger als einmal jährlich nur dann verlangt werden, wenn objektive Gründe es erforderlich machen.
9. **Teileinnahmen:** Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer gemäß diesem Versicherungsvertrag eine **monatliche Rente** und dazu anteilig **monatliche Einnahmen** aus seinem ausgeübten Beruf und/oder Leistungen aus bei Antragsstellung bestehender Berufsunfähigkeitsversicherungen erhält, wird, soweit die anteilige **monatliche Einnahme** und die **monatlichen Renten** zusammen die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltene **monatliche Einnahme** überschreiten, die zu zahlende **monatliche Rente** aus diesem Vertrag anteilig um diesen Mehrbetrag gekürzt, damit gewährleistet ist, dass der Versicherungsnehmer in der Summe nicht mehr als 100 % seiner üblichen **monatlichen Einnahmen** erhält.
10. **Ende der Leistungen:** Keine Leistungen – gleichgültig in welcher Kombination aus Renten für **vorübergehende** und Kapitalzahlung für **dauernde Berufsunfähigkeit** – werden an Personen erbracht, die älter als 67 Jahre sind, es sei denn, es ist etwas anderes vereinbart.



TEIL ACHT – VEREINBARUNG ÜBER SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN

I. SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN BEI VORÜBERGEHENDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Im Rahmen des Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit**, wie in **TEIL SIEBEN, Ziffer 3** dargelegt, ist die Bescheinigung eines Arztes darüber, dass bei dem Versicherungsnehmer eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** wie in diesem Vertrag definiert, vorliegt, erforderlich. Für den Fall, dass der Versicherer zu dem Ergebnis gelangt, dass nicht nachgewiesen ist, dass der Versicherungsnehmer auch nur **vorübergehend berufsunfähig** ist, unterliegt die Feststellung einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** der Bestätigung zweier unabhängiger Sachverständiger. Bei einem der Sachverständigen handelt es sich um einen unabhängigen, zugelassenen Arzt, den der Versicherer bestimmt, bei dem zweiten Sachverständigen um einen unabhängigen Experten, der in dem **ausgeübten Beruf** des Versicherungsnehmers (wie im „**TEIL ZEHN - ANHANG**“ angegeben) angesehen ist. Dieser ist vom Versicherungsnehmer zu bestimmen. Es liegt in der alleinigen Befugnis der Sachverständigen zu entscheiden, ob der Versicherungsnehmer **vorübergehend berufsunfähig** ist. Die Sachverständigen dürfen über keinen anderen Aspekt hinsichtlich der Gültigkeit des Anspruchs entscheiden. Die Entscheidung der Sachverständigen ist für alle Parteien bindend.

Sollten die beiden Sachverständigen zu keiner übereinstimmenden Bewertung kommen, ernennen diese einen Schlichter, dessen Entscheidung endgültig und für alle Parteien bindend ist.

Die Kosten für das Verfahren trägt der Versicherer.

II. SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN BEI DAUERNDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Im Rahmen des Nachweises einer **dauernden Berufsunfähigkeit**, wie in **TEIL SIEBEN, Ziffer 3** dargelegt, ist die Bescheinigung eines Arztes darüber, dass bei dem Versicherungsnehmer eine **dauernde Berufsunfähigkeit** wie in diesem Vertrag definiert vorliegt, erforderlich. Für den Fall, dass der Versicherer zu dem Ergebnis gelangt, dass nicht nachgewiesen ist, dass der Versicherungsnehmer **dauerhaft berufsunfähig** ist, unterliegt die Feststellung einer **dauernden Berufsunfähigkeit** der Bestätigung zweier unabhängiger Sachverständiger. Bei einem der Sachverständigen handelt es sich um einen unabhängigen, zugelassenen Arzt, den der Versicherer bestimmt, bei dem zweiten Sachverständigen um einen unabhängigen Experten, der in dem **ausgeübten Beruf** des Versicherungsnehmers (wie im **TEIL ZEHN - ANHANG** angegeben) angesehen ist. Dieser ist vom Versicherungsnehmer zu bestimmen. Es liegt in der alleinigen Befugnis der Sachverständigen zu entscheiden, ob sich die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers zu einer **dauernden Berufsunfähigkeit** wie in der Police hier definiert entwickelt hat. Die Sachverständigen dürfen über keinen anderen Aspekt hinsichtlich der Gültigkeit des Anspruchs entscheiden.

Die Entscheidung der Sachverständigen ist für alle Parteien bindend. Sollten die beiden Sachverständigen zu keiner übereinstimmenden Bewertung kommen, ernennen diese einen Schlichter, dessen Entscheidung endgültig und für alle Parteien bindend ist.

Die Kosten für das Verfahren trägt der Versicherer.



TEIL NEUN – VERTRAGSDAUER UND KÜNDIGUNG

1. Diese Versicherungspolice wird gemäß dem Abschnitt „Risikodetails“ für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren abgeschlossen. Im letzten Policenjahr stellen Biometric und/oder Lloyd's Insurance Company S.A. dem Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor Ablauf der Police Folgendes zur Verfügung:

- Eine Zusammenfassung der bisherigen jährlichen Prämien
- Die jährlichen zukünftigen Prämien für die folgenden (bis zu) drei Jahre
- Bedingungen für die Erneuerung der Police für die nächsten (bis zu) drei Jahre.

Sollte der Versicherer diese Police zu ihrem vorgesehenen Ablaufdatum nicht verlängern oder die Bedingungen dieser Police für die Erneuerung zum vorgesehenen Ablaufdatum ändern wollen, muss der Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor Ablauf benachrichtigt werden.

Der Versicherungsnehmer sollte prüfen, ob der Deckungsumfang seinen Bedürfnissen entspricht, und sich der vergleichbaren Produkte bewusst sein, die ihm auf dem Markt von anderen Anbietern angeboten werden.

Bei einer Verlängerung zum Ablaufdatum dieser Police erhält der Versicherungsnehmer eine neue (bis zu) dreijährige Police.

2. Diese Versicherungspolice kann vom Versicherungsnehmer während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Prämienzahlungsabschnitt.
3. Eine Kündigung nach dieser Vorschrift bedarf der Textform (z.B. Papierform, E-Mail).



TEIL ZEHN - ANHANG

1. Nummer der Versicherungspolice:
2. Name des Versicherungsnehmers:
3. Anschrift des Versicherungsnehmers:
4. Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:
5. Ausgeübter Beruf des Versicherungsnehmers:
6. Zeitraum der Versicherung: Vom **xx.xx.2026** (00:00 Uhr) bis **30.09.2026** (24:00 Uhr), beide Tage eingeschlossen, jeweils die lokale Zeit am Ort des Versicherungsnehmers, sowie jene weiteren Zeiträume, wie ggf. einvernehmlich vereinbart.
7. Leistungen der Versicherer:
 - (a) Ausgewählte Leistungen: **vorübergehende und dauerhafte Berufsunfähigkeit**
 - (b) **Monatliche Rente bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: 1.000,00 Euro**
 - (c) **Maximaler Leistungszeitraum bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: 120 Monate**
 - (d) **Karenzzeit bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: 406 Tage**
 - (e) **Dauernde Berufsunfähigkeit – Maximale einmalige Kapitalleistung: 120.000,00 Euro**
8. Prämie monatlich:
9. Makler
 - (a) Name: Siemens Private Finance Versicherungsvermittlungsgesellschaft mbH
 - (b) Anschrift: Otto-Hahn-Ring 6, 81739 München
 - (c) Telefon:
 - (d) E-Mail: tobias.poschinger@siemens.com



Klausel LBS0046D - 17.03.2023

DATENSCHUTZ-KURZINFORMATION

Wer wir sind

Wir sind Lloyd's Insurance Company S.A. (im Folgenden „Lloyd's Europe“), ein von der Nationalen Bank Belgien (NBB) autorisiertes und reguliertes und von der Financial Services and Markets Authority (FSMA) reguliertes Versicherungsunternehmen. Der eingetragene Sitz ist Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, 14. Stock, 1050 Ixelles, Belgien. Die Unternehmens-/Umsatzsteuernummer ist BE 0682.594.839, RPR/RPM Brüssel. LIC ist eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Society of Lloyd's, 1 Lime Street, London, EC3M 3HA, Vereinigtes Königreich (Society of Lloyd's).

Welche persönlichen Daten verarbeiten wir über Sie?

Wir sammeln und nutzen relevante Informationen über Sie, um Ihnen eine passende Versicherungsdeckung anzubieten und unsere rechtlichen Verpflichtungen sowie die Verpflichtungen Dritter in der Versicherungskette zu erfüllen.

Diese Informationen umfassen Details wie Ihren Namen, Ihre Adresse und Kontaktdaten sowie andere Daten, die wir über Sie in Zusammenhang mit der Versicherungsdeckung oder der Deckung, von der Sie profitieren, sammeln. Diese Informationen können spezielle Kategorien von persönlichen Daten umfassen, wie zum Beispiel Informationen über Ihre Gesundheit und etwaige strafrechtliche Verurteilungen.

Warum sammeln wir Ihre persönlichen Daten und was ist die gesetzliche Grundlage für die Verarbeitung?

Wir sammeln und nutzen Ihre persönlichen Daten, um Ihnen die passende Versicherungsdeckung anbieten zu können. Die gesetzliche Grundlage ist die Vertragserfüllung mit Ihnen als Datensubjekt und die Einhaltung gesetzlicher Verpflichtungen, unter anderem Versicherungsvorschriften und steuerrechtliche Vorschriften.

Für die Verarbeitung sensibler persönlicher Gesundheitsdaten gilt als allgemeine gesetzliche Grundlage Ihre Zustimmung, insofern es keine lokalen gesetzlichen Vorgaben als rechtliche Grundlage hierfür gibt.

Gesetzliche Grundlage für die Verarbeitung von persönlichen Daten von Kindern ist die vom Erziehungsberechtigten des Kindes erteilte oder autorisierte Einwilligung.

Schließlich können wir Ihre Daten auch zur Betrugsprävention und -ermittlung auf der gesetzlichen Grundlage rechtmäßiger Interessen verarbeiten.

Mit wem teilen wir Ihre persönlichen Daten?

Eine Versicherung funktioniert so, dass Ihre Angaben mit mehreren dritten Parteien im Versicherungssektor (innerhalb und außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, EWR) geteilt und von diesen genutzt werden können. Hierzu gehören zum Beispiel Versicherer, Versicherungsagenten oder Versicherungsmakler, Rückversicherer, Schadensregulierer, Subunternehmer, Aufsichtsbehörden, Strafverfolgungsbehörden, Agenturen für Betrugs- und Verbrechenverhütung und -aufklärung sowie obligatorische Versicherungsdatenbanken. Wir werden Ihre persönlichen Daten nur in Zusammenhang mit der angebotenen Versicherungsdeckung weitergeben und insoweit dies notwendig oder gesetzlich zulässig ist.

Von Zeit zu Zeit können wir Ihre persönlichen Daten mit dritten Parteien außerhalb des EWR teilen. Wir werden stets entsprechende Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass jegliche internationale Informationsübermittlung sorgfältig durchgeführt wird und Ihre Rechten und Interessen dabei geschützt werden:

- Wir werden Ihre persönlichen Daten nur an Länder weitergeben, die ein adäquates Rechtsschutzniveau bieten oder alternative Vereinbarungen getroffen haben, um Ihre Datenschutzrechte zu schützen.
- Datenübermittlung an Dienstleister und andere dritten Parteien werden stets durch vertragliche Vereinbarungen und wo angemessen durch weitere Absicherungsmaßnahmen geschützt.
- Sämtliche Datenanfragen, die wir von Strafverfolgungs- oder Aufsichtsbehörden erhalten, werden vor der Weitergabe persönlicher Daten sorgfältig geprüft.



Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre persönlichen Daten nicht länger als notwendig ist, um die vereinbarten Versicherungsleistungen oder gesetzliche und behördliche Vorschriften zu erfüllen.

Wir werden Ihre persönlichen Daten auf sichere Weise löschen oder vernichten, wenn es keine geschäftlichen Gründe für die Speicherung der Daten mehr gibt. In Ausnahmefällen können wir Ihre persönlichen Daten länger speichern, wenn Aussicht auf einen Rechtsstreit besteht, im Falle von Beschwerden oder wenn ein anderer triftiger geschäftlicher Grund vorliegt, aus dem die Daten in Zukunft benötigt werden.

Daten von Dritten, die Sie uns erteilen

Wenn Sie uns (oder Ihrem Versicherungsagenten oder Versicherungsmakler) Daten von Dritten erteilen, müssen Sie diesen unsere Datenschutzrichtlinien vorlegen.

Beschwerden, Kontakt zu uns und der Aufsichtsstelle, Ihre Rechte

Wenn Sie erfahren möchten, wie wir Ihre Daten nutzen oder eine Kopie unserer vollständigen Datenschutzrichtlinien erhalten möchten, kontaktieren Sie uns bitte über LloydsEurope. DataProtection@lloyds.com oder gehen Sie zu den Datenschutzrichtlinien auf unserer Website <https://www.lloydseurope.com>. Hier finden Sie alle Details.

Sie haben in Bezug auf die von uns gespeicherten Informationen zu Ihrer Person folgende Rechte:

Zugriffsrecht, Nachbesserungsrecht, Recht auf Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit, Widerspruchsrecht, Recht auf Widerruf der Einwilligung.

Wenn Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen möchten, wenden Sie sich bitte an den Versicherungsagenten oder -makler, der Ihre Versicherung abgeschlossen hat, über:

Biometric Underwriting GmbH, Schellerdamm 16, 21079 Hamburg, +49 40 25339900, hello@biometric-underwriting.de

Sie haben das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde einzureichen, wir bitten Sie jedoch, uns zuvor zu kontaktieren.

Einwilligung

Wir bitten Sie um Ihre Einwilligung für die Verarbeitung von persönlichen Gesundheitsdaten oder genetischen Daten sowie zur Verarbeitung von persönlichen Daten von Kindern unter 16 Jahren in Zusammenhang mit der Versicherungsdeckung. Der Versicherungsagent oder -makler, der den Vertrag mit Ihnen abgeschlossen hat, wird Sie darum bitten, Ihre Einwilligung über das Formular „Zustimmung zur Datenverarbeitung“ zu erteilen. Dies gilt nicht für Länder, in denen lokale gesetzliche Bestimmungen für die Verarbeitung sensibler persönlicher Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit einer Versicherungspolice gelten.

Die Verarbeitung von persönlichen Daten von Kindern ist gesetzlich zulässig, wenn ein Erziehungsberechtigter des Kindes seine Zustimmung hierzu erteilt oder autorisiert.

In anderen Mitgliedsstaaten kann eine geringere Mindestaltersgrenze von 13 Jahren für die Einwilligungserteilung zur Verarbeitung persönlicher Daten gelten.

Die Einwilligungserteilung ist freiwillig; wenn Sie uns nicht Ihre Einwilligung erteilen oder diese zurückziehen, kann es jedoch sein, dass wir keine vollständige Versicherungsdeckung mehr gewährleisten oder Schäden nicht abwickeln können.

Kontaktinformationen des Datenschutzbeauftragten

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter
Lloyds Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Place du Champ de Mars 5
1050 Bruxelles
Belgien
E-Mail: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com



LUXEMBURGISCHES BERUFSGEHEIMNIS

Als luxemburgisches Versicherungsunternehmen unterliegt Tokio Marine Europe S.A. (TME) der Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses gemäß dem luxemburgischen Gesetz vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor in seiner geänderten Fassung (das "luxemburgische Gesetz"). In diesem Zusammenhang nimmt der Kunde/Versicherungsnehmer zur Kenntnis und erklärt sich damit einverstanden, dass:

1. es dem Versicherer gestattet ist, (i) bestimmte Dienstleistungen, Tätigkeiten oder Aufgaben an externe Anbieter (einschließlich der Niederlassungen und Konzerngesellschaften des Versicherers) auszulagern und (ii) sich auf Dienstleistungen zu stützen, die (a) reguliert oder (b) im Großherzogtum Luxemburg ansässig sind (die "Dienstleister");
2. alle Informationen, die der Kunde/Versicherungsnehmer oder ein Bevollmächtigter dem Versicherer zur Verfügung gestellt hat, im Rahmen der Auslagerung/des Rückgriffs auf Dienstleistungen an einen Dienstleister weitergegeben werden können. Dies schließt Informationen ein, die direkt oder indirekt den Versicherungsnehmer, einen Begünstigten der Versicherung oder einen bevollmächtigten Vertreter (einschließlich gegenwärtiger und ehemaliger Angestellter, Direktoren und leitender Angestellter) identifizieren können. Zu den Arten von Informationen, die an Dienstleister übermittelt werden können, gehören unter anderem (i) Kontaktinformationen wie Name, Adresse, E-Mail und Telefonnummer; (ii) allgemeine Informationen wie Geburtsdatum und -ort, Familienstand und Ehestand; (iii) offizielle Identifikationsdaten wie Sozialversicherungsnummer, Steuerwohnsitz, Steueridentifikationsnummer, Reisepassnummer oder andere von der Regierung ausgestellte Identifikationsnummern; (iv) Unternehmensinformationen wie Gründungsdatum, Adresse des eingetragenen Firmensitzes, Geschäftstätigkeit, Nummer des eingetragenen Unternehmens oder Angaben zu den Aktionären; und (v) alle anderen Informationen, die sich auf den Versicherungsnehmer und/oder seinen wirtschaftlichen Eigentümer und/oder einen Begünstigten im Rahmen der Police und/oder einen Bevollmächtigten beziehen ("Informationen über den Versicherungsnehmer/Kunden"); und ganz allgemein können alle Informationen, die sich auf die Vermögenswerte und Gelder des Kunden beziehen, an Dritte weitergegeben werden, an die die Dienstleistungen ausgelagert wurden;
3. die Weitergabe und/oder Offenlegung von Informationen über den Versicherungsnehmer/Kunden an Dienstleister liegt in seinem besten Interesse.

Die Liste der ausgelagerten Dienstleistungen sowie das Land, in dem die Dienstleister niedergelassen sind, ist auf Anfrage erhältlich. Die Übertragung und/oder Weitergabe von Informationen an externe Dienstleister erfolgt, solange der Kunde sein Versicherungsverhältnis mit Tokio Marine Europe S.A. aufrechterhält. Dies bezieht sich ausschließlich auf die Verpflichtungen des Versicherers zur Wahrung des Berufsgeheimnisses nach dem luxemburgischen Gesetz und ist nicht als Mitteilung oder zur Erfüllung von Verpflichtungen nach den geltenden Datenschutzgesetzen gedacht. Bitte teilen Sie uns etwaige Einwände oder Kommentare innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt dieses Dokuments mit. Wenn wir innerhalb von 14 Tagen keine Antwort erhalten, wird davon ausgegangen, dass Sie mit der oben genannten Klausel einverstanden sind. Weitere Informationen finden Sie auf der Website: <https://www.tmhcc.com/en/-/media/row/documents/legal-info/luxembourg-professional-secrecy.pdf>



Klausel LBS0081 - 01.12.2019

KLAGEZUSTELLUNGS- UND GERICHTSSTANDSKLAUSEL

Es wird vereinbart, dass auf diese Versicherung ausschließlich deutsches Recht anwendbar ist und als alleiniger Gerichtsstand für alle Streitfälle, die sich im Rahmen, als Folge oder in Verbindung mit dieser Versicherung ergeben, Deutschland gilt.

Alle Vorladungen, Bekanntmachungen oder Verfahrensschritte, die der Lloyd's Insurance Company S.A. zugestellt werden müssen, um ein gerichtliches Verfahren in Zusammenhang mit dieser Versicherung gegen sie anzustrengen, gelten als rechtswirksam zugestellt, wenn sie an folgende Person adressiert und zu ihren Händen zugestellt werden:

Volker Eutebach
General Representative for Germany and Country Manager for Germany and Austria
Lloyd's Insurance Company S.A.
Taunusanlage 11
60329 Frankfurt
Germany
t: +49 (0)69 7144 88 10
f: +49 (0)69 7144 88 1 99
e: volker.eutebach@lloyds.com
e: lloydsfrankfurt@lloyds.com

Diese Klagezustellungs- und Gerichtsstandsklausel ist nicht in dem Sinne auszulegen, dass sie im Widerspruch oder vorrangig zu den Pflichten der Parteien steht, ihre Streitfälle so beizulegen, wie dies in den anderen Klauseln dieser Richtlinie festgehalten ist und soweit erforderlich Anwendung findet, um dieses Verfahren rechtswirksam werden zu lassen.



Klausel NMA0464 - 01.01.1938

AUSSCHLUSSKLAUSEL FÜR KRIEG UND BÜRGERKRIEG

Ungeachtet gegenteiliger Bestimmungen in dieser Police deckt diese Police keine Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt durch Krieg, Invasion, Handlungen ausländischer Feinde, Feindseligkeiten (unabhängig davon, ob der Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, militärische oder sonstige Machtergreifung, Beschlagnahmung, Verstaatlichung, Enteignung, Zerstörung oder Beschädigung von Eigentum durch eine Regierung oder eine öffentliche oder örtliche Behörde oder auf deren Anordnung hin entstanden sind.

MUSTER



Klausel LMA3100A - 05.10.2023

BESCHRÄNKUNGSKLAUSEL BEI SANKTIONEN

Kein (Rück-)Versicherer ist verpflichtet, eine Deckungssumme bereitzustellen, einen Versicherungsanspruch zu zahlen oder eine Versicherungsleistung im Rahmen dieser Vereinbarung bereitzustellen, wenn die Bereitstellung einer solchen Deckungssumme, die Zahlung eines solchen Versicherungsanspruchs oder die Bereitstellung einer solchen Versicherungsleistung diesen (Rück-)Versicherer einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung gemäß den Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

MUSTER



GEZEICHNETE ANTEILE

Gezeichnete Policenanteile: 100% von 100%

Basis gezeichneter Anteile: Prozent vom Gesamtrisiko

Regelungen zum Signing: Falls die gezeichneten Anteile dieser Police 100% übersteigen, werden alle bereits bei Zeichnung als „endgültig“ bezeichneten Anteile vollen Umfangs berücksichtigt. Die anderen Anteile werden ohne weitere Abstimmung mit den (Rück)Versicherern proportional in gleichem Umfang so verringert, dass sich eine Gesamtsumme von 100% an der Police ergibt.

Jedoch gilt: (a) Sollte bei Beginn der Versicherungsperiode die Platzierung nicht vollständig erfolgt sein, werden bei Vertragsabschluss alle gezeichneten Anteile in vollem Umfang berücksichtigt; (b) Die sich aus der Anwendung vorstehender Regelungen ergebenden endgültigen Haftungsanteile können vor oder nach dem Beginn der Versicherungsperiode aufgrund eines dokumentierten Einverständnisses der an der Veränderung beteiligten (Rück)Versicherer abweichen. Die Abweichung wird nur wirksam, wenn alle diese (Rück)Versicherer zugestimmt haben, wobei die abgeänderten endgültigen Haftungsanteile mit dem Datum der Zustimmung beginnt.

Gezeichnete Anteile

Das Versicherungsverhältnis besteht auf Basis des Binding Authority Agreements Nr. B1715F33128924 der Biometric Underwriting GmbH mit folgenden (Rück)Versicherern:

Lloyd's Insurance Company S.A, Bastion Tower . Marsveldplein 5 . 1050 Brüssel . Belgien
sowie

Tokio Marine Europe S.A., 26 Av. de la Liberté, 1930 Gare Luxembourg, Luxemburg

Diese (Rück-)Versicherer werden nachfolgend als "die Versicherer" bezeichnet.

Sie sind mit folgenden Anteilen an diesem Versicherungsvertrag beteiligt:

- 75% Lloyd's Insurance Company S.A
- 25% Tokio Marine Europe S.A.



Klausel LMA5322 - 07.03.2018

CYBER ACT UND / ODER VERWEIGERUNG DES SERVICE-AUSSCHLUSSES

(ZUR VERWENDUNG BEI UNFALL- UND KRANKENVERSICHERUNGSPOLICEN)

Diese Versicherung deckt keine Ansprüche ab, die durch ein Cyberangriff oder eine Zugangsbeschränkung des IT-Netzwerks verursacht wurden oder dazu beigetragen haben.

Ungeachtet des Vorstehenden werden durch diese Klausel bei Policen zur Deckung von Kriegsrisiken, Feindseligkeiten und Bürgerkrieg (unabhängig davon, ob erklärt oder nicht) keine Ansprüche aus der Verwendung eines Computersystems oder eines anderen elektronischen Systems im Start- und/oder Leitsystem und/oder im Abschussmechanismus einer Waffe oder Rakete ausgeschlossen (falls diese sonst gedeckt wären).

I. DEFINITIONEN

Computersystem meint Computer, Hardware, Software, Informationstechnologie und Kommunikationssystem oder elektronisches Gerät, einschließlich eines ähnlichen Systems oder einer Konfiguration derselben, einschließlich aller zugehörigen Eingabe-, Ausgabe- oder Datenspeichergeräte, Netzwerkgeräte oder Sicherungseinrichtungen.

Cyberangriff bezeichnet eine nicht autorisierte oder böswillige Handlung oder eine Reihe zusammenhängender nicht autorisierter oder böswilliger Handlungen unabhängig von Zeit und Ort, oder deren erstgemeinte oder scherzhafte Androhung, die den Zugriff auf ein oder die Verarbeitung, Verwendung oder den Betrieb eines Computersystems oder von Daten durch eine Person oder Gruppe(n) von Personen betreffen.

Zugangsbeschränkung des IT-Netzwerks bezeichnet alle Aktionen oder Anweisungen, die mit der Fähigkeit erstellt oder generiert wurden, die Verfügbarkeit von Netzwerken, Netzwerkdiensten, Netzwerkkonnektivität oder Informationssystemen zu beschädigen, zu stören oder auf andere Weise zu beeinträchtigen. Die Zugangsbeschränkung umfasst, ohne darauf beschränkt zu sein, die Erzeugung von übermäßigem Verkehr bei Netzwerkadressen, die Ausnutzung von System- oder Netzwerkschwächen und die Erzeugung von übermäßigem oder nicht echtem Verkehr zwischen Netzwerken.

Alle anderen Policenbedingungen bleiben unverändert.



Klausel LMA5414 - 28.02.2020

CYBER RISKS ENDORSEMENT

Jegliche Leistungen bei Körperverschüttung oder Krankheit aufgrund von:

1. Nutzung oder Unmöglichkeit der Nutzung von Anwendungen, Software oder Programmen in Verbindung mit elektronischen Geräten (z. B. Computer, Smartphones, Tablets oder internetfähige elektronische Geräte);
2. Jeglichem Computervirus
3. jeder computerbezogene Betrug im Zusammenhang mit 1. und/oder 2. oben

sind vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse dieser Police zahlbar.

MUSTER



LBS0063A - 26.04.2023

BESCHWERDEMELDUNG

Sämtliche Beschwerden sind an folgende Anschrift zu richten:

Head of Complaints Management
Lloyd's Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Marsveldplein 5
1050 Brüssel
Belgien
Tel.-Nr.: +32 (0)2 227 39 40
E-Mail: lloydseurope.complaints@lloyds.com

Der Eingang Ihrer Beschwerde wird unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 5 (fünf) Werktagen nach Einreichung der Beschwerde, schriftlich bestätigt.

Eine Entscheidung über Ihre Beschwerde wird Ihnen ohne unnötige Verzögerung, spätestens jedoch 6 (sechs) Wochen nach Einreichung der Beschwerde, schriftlich mitgeteilt.

Kann eine Antwort nicht innerhalb der erwarteten Fristen erteilt werden, informiert der Versicherer Sie in angemessener Weise über die Gründe für die Verzögerung und gibt an, wann die Untersuchungen voraussichtlich abgeschlossen sein werden.

Sollten Sie weiterhin unzufrieden mit der abschließenden Antwort der oben genannten Partei sein oder falls Sie nicht innerhalb von (6) sechs Wochen nach Einreichung der Beschwerde eine abschließende Antwort erhalten haben, so haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde beim Versicherungsombudsmann vorzubringen: Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Versicherungs-Ombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Deutschland

Tel: 0800 3696000
Tel.: +49 (0) 30 206058 99 (aus Deutschland)
Fax: 0800 3699000
Fax: +49 (0) 30 20605898 (aus Deutschland)
www.versicherungsombudsmann.de

Sie können Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten, wenn es sich bei dem Beschwerdeführer um einen Verbraucher oder eine Person in einer verbraucherähnlichen Situation handelt und die Beschwerde sich nicht auf eine private Krankenversicherung bezieht und der Wert der Beschwerde nicht mehr als EUR 100.000,-- beträgt.

Zusätzlich können Sie Ihre Beschwerde auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) in Deutschland verweisen. Die Kontaktangaben lauten wie folgt:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Deutschland

Tel.: +49 (0)228 41080
Fax: +49 (0) 228 4108 1550
E-Mail: poststelle@bafin.de



Consumer helpline:

Tel.: 0800 2 100 500

Tel.: +49 (0) 228 299 70 299 (aus Deutschland)

Website: <https://www.bafin.de/DE/Verbraucher/BeschwerdenAnsprechpartner/beschwerdenansprechpartner.html>

Die vorstehenden Regelungen zur Beschwerdebearbeitung gelten unbeschadet Ihres Rechts auf Einleitung gerichtlicher Schritte oder alternativer Streitbeilegungsverfahren im Einklang mit Ihren vertraglichen Rechten.

MUSTER