



VERSICHERERINFORMATIONSLATT

für die Berufsunfähigkeitsversicherung CollectPlus gemäß §§7,8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit §1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

I. IDENTITÄT DES VERSICHERERS

Versicherer dieses Vertrages ist

Lloyd's Insurance Company S.A.

Sitz der Gesellschaft (ladungsfähige Anschrift):

Marsveldplein 5
1050 Brüssel
Belgium
Internet: www.lloydsbrussels.com

Rückversicherer sind:

- Hamilton Managing Agency Limited (Syndicate Number 4000), Level 3, 8 Fenchurch Place, London, United Kingdom, EC3M 4 AJ (75%)
- Tokio Marine Europe S.A., 26 Av. de la Liberté, 1930 Gare Luxembourg, Luxemburg (25%)

II. ANSPRECHPARTNER IN DEUTSCHLAND FÜR DIE COLLECTPLUS:

Biometric Underwriting GmbH als Versicherungsvertreter nach § 59 Abs. 2 VVG
Schellerdamm 16
21079 Hamburg

Biometric Underwriting GmbH ist bei der Handelskammer Hamburg im Vermittlerregister als Versicherungsvertreter eingetragen mit einer Erlaubnis gemäß § 34 d Abs. 1 der Gewerbeordnung und der Registernummer D-K2QO-685FL-06.

III. HAUPTGESCHÄFTSTÄTIGKEIT DES VERSICHERERS

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.

IV. VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND TARIFBESTIMMUNGEN

Für das Versicherungsverhältnis zwischen Ihnen und dem Versicherer gelten der Antrag, die gesetzlichen Bestimmungen und die Bedingungen „CollectPlus“, etwaige Zusatzbedingungen und Sondervereinbarungen.

V. WESENTLICHE MERKMALE DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Die Versicherung sichert die Berufsunfähigkeit bei Berufsunfähigkeit ab. Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen.



VI. GESAMTPREIS DER VERSICHERUNG

Die Versicherungsprämie beträgt monatlich

Versicherungssteuer fällt in Deutschland nicht an. Da sich aufgrund von Risikozuschlägen noch Änderungen der Prämie ergeben können, entnehmen Sie bitte die endgültige Prämienhöhe Ihrem Versicherungsangebot und Ihrem Versicherungsschein. Wenn Sie die Prämien, insbesondere die Erstprämie, schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bitte entnehmen Sie die Folgen eines Prämienverzuges Ihren Versicherungsunterlagen.

VII. ZUSÄTZLICHE KOSTEN

Für Ihren Vertrag sind keine Abschlusskosten zu entrichten. Es fallen jedoch Vertriebs- und Verwaltungskosten an, die in der kalkulierten jährlichen Prämie bereits enthalten sind. Die Vertriebskosten betragen 15% von der Jahresprämie und die Verwaltungskosten 20% von der Jahresprämie.

Im Falle des Prämienverzugs sind wir berechtigt, eine Mahngebühr in Höhe von 30 EUR zu verlangen. Die durch Banken erhobene Bearbeitungsgebühr für einen fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug wird Ihnen in Rechnung gestellt.

Folgende pauschale Verwaltungskosten können zudem auf Sie zukommen:

- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins: 25 EUR
- Ausstellung einer steuerlichen Bescheinigung: 25 EUR

VIII. BEITRAGSZAHLUNG

Die Prämie ist **monatlich** zu entrichten. Die Erstprämie ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Folgeprämien sind sodann zu den jeweils im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten zu entrichten.

IX. GÜLTIGKEITSDAUER DES ANGEBOTS

Den Ihnen überreichten Angebots- und Antragsunterlagen liegen die Beiträge, Versicherungsleistungen, Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zugrunde, die zum Zeitpunkt der Aushändigung gelten.



X. ZUSTANDEKOMMEN DES VERTRAGS

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmende Vertragserklärung (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Im Fall von Abweichungen von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen sind diese – einschließlich Belehrung und Hinweisen auf die damit verbundenen Rechtsfolgen – in Ihrem Versicherungsschein gesondert aufgeführt. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz kann (weil z. B. noch Einzelheiten der Vertragsgestaltung zu klären sind) auch aufgrund einer vorläufigen Deckungszusage in Kraft treten. Diese ist zunächst ein eigenständiger Versicherungsvertrag, der insbesondere nach endgültigem Abschluss der Vertragsverhandlungen oder Vorlage des Versicherungsscheins über den endgültigen Versicherungsschutz endet.

XI. WIDERRUFSRECHT

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Vertragsunterlagen zur Berufsunfähigkeitsversicherung CollectPlus, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Biometric Underwriting GmbH
Schellerdamm 16
21079 Hamburg

XII. WIDERRUFSFOLGEN

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Wir erstatten Ihnen in diesem Fall die gezahlte Versicherungsprämie in vollem Umfang zuzüglich gezogener Nutzungen (z.B. Zinsen) zurück, vorausgesetzt, dass Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. Wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Der Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der Jahresprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits beim Versicherer bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.



XIII. LAUFZEIT DES VERTRAGS

Die Versicherungsdauer beträgt in der Regel drei Jahre. Etwaige Besonderheiten ergeben sich aus dem Antrag oder dem Versicherungsschein.

XIV. BEENDIGUNG DES VERTRAGS

Der Versicherungsvertrag endet durch Ablauf, Kündigung oder Risikofortfall und in weiteren gesetzlich genannten Fällen. Der Vertrag verlängert sich nach drei Jahren automatisch um weitere drei Jahre, sofern er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von dem Versicherer schriftlich gekündigt wurde. Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Prämienzahlungsabschnitt. Einzelheiten können Sie den Versicherungsbedingungen CollectPlus entnehmen.

XV. ANZUWENDENDEN RECHT, ZUSTÄNDIGES GERICHT

Auf den Vertrag und die vorvertraglichen Beziehungen ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Der allgemeine Gerichtsstand für Klagen gegen den Versicherer ist Brüssel, Belgien. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

XVI. ANZUWENDENDEN SPRACHE

Die Vertragsbedingungen und Informationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache mit Ihnen kommuniziert.

XVII. NAME UND ANSCHRIFT DER ZUSTÄNDIGEN AUFSICHTSBEHÖRDEN

Die zuständigen Aufsichtsbehörden sind die

FSMA
THE FINANCIAL SERVICES AND MARKETS AUTHORITY
Rue du Congrès/Congresstraat 12-14
B-1000 Brussels
Belgien

und

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn



XVIII. AUSSERGERICHTLICHE BESCHWERDEVERFAHREN

Sollten Sie als Verbraucher im Verlauf des Versicherungsverhältnisses mit einer Entscheidung der Versicherer nicht einverstanden sein, können Sie sich jederzeit an die

Biometric Underwriting GmbH
Schellerdamm 16
21079 Hamburg

wenden.

Jede Beschwerde sollte zunächst an Biometric Underwriting GmbH, Schellerdamm 16, 21079 Hamburg, Herrn Dennis Hugo oder Herrn Carl-Andreas Krauel gerichtet werden.

Der Lloyd's Broker Miller Europe SPRL, 70 Mark Lane, London EC3R 7NQ, England bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte Biometric Underwriting GmbH wird den Empfang Ihrer Beschwerde sobald wie möglich schriftlich bestätigen.

Der Lloyd's Broker Miller Europe SPRL bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte Biometric Underwriting GmbH wird Ihnen die Entscheidung über Ihre Beschwerde innerhalb von sechs Wochen nach deren Vorbringen schriftlich zukommen lassen.

Zusätzlich können Sie Ihre Beschwerde direkt an den Versicherer Lloyd's Insurance Company S.A. richten. Die Lloyd's Insurance Company S.A. wird den Eingang Ihrer Beschwerde umgehend schriftlich bestätigen und Ihnen eine Entscheidung über Ihre Beschwerde schriftlich innerhalb von 6 (sechs) Wochen nach Einreichung Ihrer Beschwerde bekannt geben.

Sie können Ihre Beschwerde aber auch jederzeit direkt an die nachfolgende Behörden richten, ohne sich vorher an den Versicherer zu wenden. Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

FSMA
THE FINANCIAL SERVICES AND MARKETS AUTHORITY
Rue du Congrès/Congresstraat 12-14
B-1000 Brussels
Belgien

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Deutschland
Tel: +49 (0)228 4108 0

Die oben angeführten Beschwerdebearbeitungswege gelten unbeschadet etwaiger Ihnen zur Verfügung stehender Rechtsansprüche.

Bei Streitigkeiten zwischen Versicherungsvertretern und Versicherungsnehmern kann die folgende Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Streitbeilegung angerufen werden:

Versicherungsombudsman e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsman.de