Versicherungsbedingungen CollectPlus für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst

(TEIL EINS – NEUN)

&

Individuelle Vereinbarungen (TEIL ZEHN)

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.

2. 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.

3. 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.

4. Eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** liegt nicht vor, wenn die versicherte Person einer anderen Tätigkeit nachgeht, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt. Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachtet der Versicherer das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt **ausgeübten Berufs**. Der Versicherer beurteilt, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzt der Versicherer die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für den Versicherer entscheidend.

5. 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 Verbraucherpreisindexes 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.

6. 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. Eine **dauernde Berufsunfähigkeit** liegt nicht vor, wenn die versicherte Person einer anderen Tätigkeit nachgeht, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt. Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachtet der Versicherer das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt **ausgeübten Berufs**. Der Versicherer beurteilt, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzt der Versicherer die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für den Versicherer entscheidend.

4. 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.

5. 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**.

6. 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;

4. Bei Beamten, die wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt werden, endet die Leistungspflicht entgegen den vorstehenden Punkten 2. und 3. ausschließlich bei Reaktivierung in das Beamtenverhältnis durch den Dienstherren.

5. Bei Beamten auf Widerruf oder Probe, die wegen Dienstunfähigkeit entlassen wurden, endet die Leistungspflicht des Versicherers, wenn die versicherte Person konkret eine Tätigkeit ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

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. Eine **dauernde Berufsunfähigkeit** liegt nicht vor, wenn die versicherte Person einer anderen Tätigkeit nachgeht, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt. Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachtet der Versicherer das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt **ausgeübten Berufs**. Der Versicherer beurteilt, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzt der Versicherer die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für den Versicherer entscheidend.

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. Eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** liegt nicht vor, wenn die versicherte Person einer anderen Tätigkeit nachgeht, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt. Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachtet der Versicherer das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt **ausgeübten Berufs**. Der Versicherer beurteilt, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzt der Versicherer die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für den Versicherer entscheidend. Bei Beamten und Richtern liegt die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** auch dann vor, wenn sie vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen Dienstunfähigkeit oder Vollzugsdienstunfähigkeit aus dem Beamtenverhältnis entlassen oder in den Ruhestand versetzt werden.

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.

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 beigefügt 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. *Nachversicherungsmöglichkeit*: Versicherungsnehmer, die befristet oder unbefristet in ein Beamtenverhältnis übernommen werden, haben innerhalb von 12 Monaten nach dem Datum des entsprechenden Verwaltungsakt das Recht, ihre versicherte **monatliche Rente** einmalig ohne erneute Risikobewertung auf bis zu 2.500 EUR **monatliche Rente** zu erhöhen. Dies gilt unter folgenden Bedingungen:
    (a) Die Erhöhung kann die ursprüngliche **monatliche Rente** übersteigen, darf jedoch nicht mehr als 75% der **monatlichen Einnahmen** betragen.
    (b) Der Antrag auf Erhöhung der **monatlichen Rente** muss innerhalb von 12 Monaten nach dem Verwaltungsakt schriftlich bei dem Versicherer eingereicht werden.
    (c) Für die Erhöhung erfolgt keine erneute Risikobewertung.

12. *Arbeitsfähigkeit*: Zu Beginn des Versicherungsschutzes oder bei Deckungserweiterungen hat der Versicherungsnehmer bestätigt, dass

    (a) er während der vergangenen 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht länger als 6 zusammenhängende Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen hat oder diese ärztlich verordnet wurden (ausgenommen sind Insulin, Medikamente zur Behandlung einer Schilddrüsenunterfunktion, Medikamente zur Behandlung von Haut- oder Pilzerkrankungen und Verhütungsmittel), UND

    (b) er während der letzten 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht länger als 7 Tage stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurde, UND

    (c) er während der letzten 3 Jahre vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages keine Behandlungen bei einem Psychologen, Psychiater oder Psychotherapeuten erfahren hat (ausgenommen sind bis zu 4 probatorische Sitzungen, wenn keine weitere Behandlungsempfehlung ausgesprochen wurden), UND

    (d) er während der letzten 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht länger als 32 zusammenhängende Tage in einer Kur- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurde, UND

    (e) zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages keine ärztlichen Behandlungen angeraten oder geplant sind, die voraussichtlich länger als 6 Wochen dauern werden, UND

    (f) sein Body-Mass-Index (BMI) zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht über 34 liegt, UND

    (g) er während der letzten 24 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages keine Beratung, Untersuchung oder Behandlung wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit durch Ärzte oder Therapeuten erfahren hat, UND

    (h) während der letzten 3 Jahre vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages keine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt oder bezogen hat oder eine Pensionierung eingeleitet wurde oder ein Grad der Behinderung (GdB), eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder ein Pflegegrad zuerkannt oder beantragt wurde.

TEIL FÜNF – RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH

Versicherungsschutz besteht für den Versicherungsnehmer weltweit.

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. die Teilnahme des Versicherungsnehmers an Flügen (außer als Passagier);

6. absichtliche, selbst zugefügte Verletzung oder versuchter Suizid, und zwar innerhalb der ersten drei Jahre des fortlaufenden Versicherungsschutzes unter einem CollectPlus-Versicherungsvertrag;

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.

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.

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) bei Beamten und Richtern ist das amtsärztliche Gutachten, welches die Entlassung aus dem Beamtenverhältnis oder die Versetzung in den Ruhestand medizinisch begründet, vorzulegen. Sollten sich bei der Prüfung des amtsärztlichen Gutachtens Zweifel an der fachlichen Einschätzung des begutachtenden Arztes ergeben, ist der Versicherer berechtigt ein weiteres fachärztliches Gutachten zu beauftragen. Die Kosten dafür trägt der Versicherer. Anlass für Zweifel können zum Beispiel (nicht abschließend) der Verdacht eines Gefälligkeitsgutachtens oder eine auffällige Häufung von Dienstunfähigkeitsfeststellungen eines Arztes sein. Zweifelt der Versicherer das Gutachten an, sind dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person eine Begründung der Zweifel schriftlich mitzuteilen.

   (e) Angaben über Einkommen aus dem unmittelbar vor Beginn der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit ausgeübten Berufs**;

   (f) Nachweis über den derzeitigen Arbeitgeber;

   (g) 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.

   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 Vorfalls 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.

   Haben wir unsere Leistungspflicht bei Beamten und Richtern infolge von Dienst- oder Vollzugsdienstunfähigkeit anerkannt, zahlen wir die versicherte Leistung, solange uns fortlaufende Bezüge (Ruhegehalt, Unterhaltsbeitrag oder Unfallruhegehalt) nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachgewiesen werden, längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer.

   Bei Beamten und Richtern auf Widerruf und Probe zahlen wir die versicherte Leistung, solange der fortlaufende Erhalt von Bezügen (Ruhegehalt, Unterhaltsbeitrag oder Unfallruhegehalt) nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachgewiesen werden kann, längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Erhalten Sie keine Bezüge nach dem Beamtenversorgungsgesetz, prüfen wir, ob aufgrund des körperlichen Zustands oder aus gesundheitlichen Gründen die zuletzt ausgeübten Dienstpflichten weiterhin nicht erfüllt werden können. Wir verzichten bei dieser Prüfung auf eine Verweisbarkeit nach den gesetzlichen Vorschriften des Beamtenrechts.

   Eine konkrete Verweisung von Beamten auf Widerruf und Probe auf eine andere Tätigkeit ist möglich, wenn die versicherte Person einer anderen Tätigkeit nachgeht, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

   Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachten wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann aber auch eine bereits heute unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

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. *Einvernehmlicher Vergleich*: Der Versicherer, die versicherte Person und/oder der Versicherungsnehmer haben das Recht, dem anderen Vertragspartner in Textform eine einvernehmliche vorzeitige Leistungsabfindung vorzuschlagen. Die Abfindungsvereinbarung erfolgt durch einen separaten, von allen betroffenen Parteien unterzeichneten Vertrag. Gegen den Willen der versicherten Person darf eine Abfindung nicht erfolgen.

11. *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.

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).

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 1 0
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.

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.

Klausel LSW1001-6 - 01/1995

KLAUSEL ZUR INDIVIDUALHAFTUNG

Die Verpflichtungen der unterzeichnenden Versicherer im Rahmen von Versicherungsverträgen, welche von diesen gezeichnet werden, fallen unter die Individualhaftung und nicht unter die Solidarhaftung und sind ausschließlich auf den Haftungsumfang ihrer individuellen Zeichnungen beschränkt. Die zeichnenden Versicherer tragen keine Verantwortung für Zeichnungen irgendeines anderen mitzeichnenden Versicherers, der aus irgendwelchen Gründen seinen Verpflichtungen ganz oder teilweise nicht nachkommt.

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. B1715F33128925 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 Libertè, 1930 Gare Luxembourg, Luxemburg

sowie

Starr Europe Insurance Ltd., 30 Fenchurch Avenue, London, EC3M 5AD

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

Sie sind mit folgenden Anteilen an diesem Versicherungsvertrag beteiligt:

50%	Lloyd's Insurance Company S.A.
25%	Tokio Marine Europe S.A.
25%	Starr Europe Insurance Ltd.

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 Körperverletzung 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.

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/beschwerdenansprechp

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