

Risk Details

Type: Personal Accident and Sickness Insurance

Attaching to
Lineslip
Reference:

[REDACTED]

Insured:

[REDACTED]

Address:

[REDACTED]

Policy Period:

From: 1st April, 2018
To: 31st March, 2023
Both days inclusive, local standard time at the above address.

Interest:

Full 24-hour coverage as per wording in respect of Temporary Occupational Disablement and Permanent Occupational Disablement

Sum Insured:

Temporary Occupational Disability from Accident / Sickness

Up to 75% of monthly earnings to a maximum benefit of EUR [REDACTED] per month

Elimination Period: 180 days each and every loss

Maximum Benefit Period: 120 months

Permanent Occupational Disablement from Accident / Sickness

Ten Times the annual monthly benefit to a maximum of EUR [REDACTED] in all.

Waiting Period: 126 months

Age related Benefits

Age Related Benefit Table		
Age	TOD Maximum Benefit Period	POD Maximum Lump Sum Multiple
67	12	Nil
66	24	Nil
65	36	Nil
64	48	Nil
63	60	Nil
62	72	Nil
61	84	Nil
60	96	Nil
59	108	Nil
58	120	Nil
57	120	1 times annualised TOD Benefit
56	120	2 times annualised TOD Benefit
55	120	3 times annualised TOD Benefit
54	120	4 times annualised TOD Benefit
53	120	5 times annualised TOD Benefit
52	120	6 times annualised TOD Benefit
51	120	7 times annualised TOD Benefit
50	120	8 times annualised TOD Benefit
49	120	9 times annualised TOD Benefit
48	120	10 times annualised TOD Benefit

Territorial Limits: Worldwide
Situation ~ Germany

Conditions: bBu Collect Plus Wording (as attached)

No Proposal(s) / Application / Medical Examination(s)
Wording schedule items- as per wording schedule attached
Schedule of benefits as per the Individual Insurance Policy Schedule as attached

Maximum age of insured person(s) 67 years.

General Guidance NMA2352B
Complaints Notice LSW1872A
Special Guidance Clause LSW1652A
Data Protection Clause NMA2863
Service of Suit Clause LSW487

**Choice of Law
& Jurisdiction:**

Disputes Clause

The proper and exclusive law of this Insurance shall be German law. Any disputes between the Insured and Underwriters arising under or in connection with this Insurance policy shall be subject to the exclusive jurisdiction of the German Courts.

Premium:

Year 1, 1st April, 2018 – 31st March 2019:
Year 2, 1st April, 2019 – 31st March 2020:
Year 3, 1st April, 2020 – 31st March 2021:
Year 4, 1st April, 2021 – 31st March 2022:
Year 5, 1st April, 2022 – 31st March 2023:



Payment Terms:

Payable in two equal instalments on the 1st April and 1st October each year

**Taxes Payable
by Insured and
administered by
Insurer(s):**

None

**Recording,
Transmitting and
Storing Information:**

Miller Insurance Services LLP will maintain risk and claim data, information and documents which may be held on paper or electronically.

**Insurer Contract
Documentation:**

Policy issued in German and agreed by Underwriters.

Any further documentation changing this contract agreed in accordance with the contract change provisions set out in this contract, shall form the evidence of such change.

**Notice of Cancellation
Provisions (Authority
Provisions):**

Where (re)insurers have the right to give notice of cancellation, in accordance with the provisions of the contract, then

To the extent provided by the contract, the Slip Leader is authorised to issue such notice on behalf of all participating (re)insurers; and (optionally)

Any (re)insurer may issue such notice in respect of its own participation.

bBU COLLECT PLUS Wording

Versicherungsbedingungen bBU Collect Plus

(TEIL EINS – NEUN)

&

Individuelle Vereinbarungen (TEIL ZEHN)

bBU Collect Plus
VERSICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDER UND/ODER DAUERNDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

TEIL EINS – VERSICHERTES INTERESSE / LEISTUNGEN

Die Versicherer verpflichten 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, der sich innerhalb der Laufzeit der Police ereignet, einen Körperschaden, der innerhalb von 12 Monaten nach dem Tag des Unfalls zu einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers führt, zahlen die Versicherer eine monatliche Rente wie in TEIL ZEHN - ANHANG angegeben.

Kommt es bei dem Versicherungsnehmer zu einer Erkrankung, die innerhalb der Laufzeit der Police zutage tritt und welche binnen 12 Monaten ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung zu einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers führt, zahlen die Versicherer die monatliche Rente wie in TEIL ZEHN - ANHANG angegeben.

Kommt es bei dem Versicherungsnehmer zu einem mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, der innerhalb der Laufzeit der Police zutage tritt und welche binnen 12 Monaten ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung zu einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers führt, zahlen die Versicherer die monatliche Rente wie in TEIL ZEHN - ANHANG angegeben.

TEIL EINS – LEISTUNGEN (Fortsetzung)

2. 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.

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

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

II. DAUERENDE BERUFSUNFÄHIGKEIT

1. Bei dauernder Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers sind die Leistungen, die die Versicherer erbringen, gestuft: Zunächst werden von den Versicherern 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, erbringen die Versicherer eine einmalige Kapitalleistung wie in TEIL ZEHN – ANHANG angegeben.

Dies setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer 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 die dauernde Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers zur Folge hat oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall eingetreten ist, welche die dauernde Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers zur Folge hat.

TEIL EINS – LEISTUNGEN (Fortsetzung)

2. 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 Rente, wird für die dauernde Berufsunfähigkeit keine Kapitalleistung erbracht.
3. Die Ansprüche nach diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererbbar. Mit dem Eintritt des Todes des Versicherungsnehmers endet jegliche Leistungspflicht der Versicherer. Diese Versicherung gewährt keinerlei Leistungen aus Anlass des Todes des Versicherungsnehmers.
4. Ist der Versicherungsnehmer verschollen, besteht kein Anspruch unter diesem Vertrag.

III. WIEDERKEHRENDE UND SPÄTERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Sollte es bei dem Versicherungsnehmer zu einer abermaligen Arbeitsunfähigkeit kommen, wird dieser von den Versicherern 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 bBU Collect Plus 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.

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

Bei abermaliger vorübergehender Berufsunfähigkeit zahlen die 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.

TEIL EINS – LEISTUNGEN (Fortsetzung)

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 erhält, wird, soweit die anteilige monatliche Einnahme und die monatliche Rente zusammen die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltene monatliche Einnahme überschreiten, die zu zahlende monatliche Rente 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 der Versicherer 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 50% oder mehr auszuüben;
3. Ab dem Tag, ab dem der Versicherungsnehmer nicht den Nachweis erbringt, dass er weiterhin nicht in der Lage ist, seinen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf zu 50% oder mehr 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 zuletzt bei Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung angegebene Tätigkeit, welche der Versicherungsnehmer unmittelbar vor Beginn ihrer 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.

Erkrankung bedeutet eine Erkrankung oder Krankheit, die während der Versicherungsdauer zutage tritt. Sie muss unmittelbar und unabhängig von allen anderen Ursachen innerhalb von 12 Monaten ab dem Datum dieser Erstmanifestation zu einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit und/oder dauernden Berufsunfähigkeit führen. Erkrankung schließt psychische Störungen ein.

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 zur vorübergehenden Berufsunfähigkeit und/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.

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.

Monatliche Einnahmen bedeutet ein Zwölftel des Jahresverdiensts jedes Versicherungsnehmers.

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

TEIL ZWEI – DEFINITIONEN (Fortsetzung)

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 drei 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 nicht in der Lage ist, seinen ausgeübten Beruf zu mindestens 50 % auszuüben. Die vorübergehende Berufsunfähigkeit ist ärztlich zu bestätigen. Sollte ärztlich festgestellt werden, dass der Grad der Beeinträchtigung des Versicherungsnehmers, seinem ausgeübten Beruf nachzugehen, weniger als 50 % beträgt, sind im Rahmen des hier genannten Vertrages keine Leistungen zu zahlen.

TEIL DREI –
VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht:

- 1) Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe ihrer 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 der Versicherer, 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, können die Versicherer
- (a) vom Vertrag zurücktreten,
 - (b) den Vertrag kündigen,
 - (c) den Vertrag ändern oder
 - (d) den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

TEIL DREI –
VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN (Fortsetzung)

a) Rücktritt

Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können die 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, haben die Versicherer trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls sie den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämien oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn die Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt ihre 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 der Versicherer ursächlich war.

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

b) Kündigung

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

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

TEIL DREI –
VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN (Fortsetzung)

c) Vertragsänderung

Kann der Vertrag von den Versicherern nicht gekündigt werden und können sie 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 hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Versicherer 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 der Versicherer zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung steht ihnen nur zu, wenn der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen wurde.

Die Versicherer haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn die Versicherer den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

TEIL DREI –
VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN (Fortsetzung)

(Fortsetzung: Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte der Versicherer)

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 die Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von den Versicherern geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung dieser Rechte müssen die Versicherer die Umstände angeben, auf die sie ihre Erklärung stützen. Zur Begründung können sie 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 der Versicherer zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können die 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 der Versicherer haben.

Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag von dem Versicherungsnehmer vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind die Versicherer berechtigt, ihre 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 der Versicherer ist.

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

TEIL DREI –
VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN (Fortsetzung)

(Fortsetzung: Vertragliche Obliegenheiten)

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

TEIL VIER – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. *Vertragsänderungen:* Eine Änderung des Versicherungsvertrages ist erst mit Genehmigung der Versicherer 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 den Versicherern 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 die Versicherer erst und nur dann verbindlich, soweit das Original oder eine Zweitausfertigung des Abtretungsvertrages bzw. der Pfändungserklärung bei den Versicherern eingereicht wurde. Die Versicherer haften 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 die Versicherer vor Versicherungsbeginn nicht in Kenntnis gesetzt wurden, 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 die Versicherer zurückzuzahlen. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer keine vollständige

TEIL VIER – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN (Fortsetzung)

(Fortsetzung: Verrechnung von Zahlungen)

Rückzahlung an die 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 die 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 die Versicherer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Sitz der Versicherer 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 die Versicherer ihren Sitz haben.

TEIL VIER – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN (Fortsetzung)

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 nicht während der letzten 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls länger als 20 aufeinanderfolgende Arbeitstage arbeitsunfähig war, UND
 - c. er 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 nicht in den letzten 60 Tagen vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages den ärztlichen Rat erhalten hat, der Arbeit fern zu bleiben, UND
 - e. er nicht unter einer anderen Berufsunfähigkeitspolice, deren Versicherungsnehmer oder versicherte Person er ist, eine Prämienhöhung von mehr als 150% oder eine reduzierte oder abgelehnte Leistungszusage erhalten hat.
- Bei einer Versicherungssumme von mehr als 4 Millionen Euro (kombiniert aus vBU und bBU) gilt:
- f. er nicht in den letzten drei Monaten vor Antragstellung zum erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat.

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 krankheitserregenden oder giftigen 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 bBU Collect Plus-Versicherungsvertrag;
7. Geschlechtskrankheit, AIDS, Prä-AIDS-Symptomatik und HIV, gleichgültig, wie diese Krankheiten übertragen wurden;
8. 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.
9. Körperschaden oder Erkrankung, der bzw. die durch eine vorsätzliche eigene Straftat des Versicherungsnehmers hervorgerufen wird;
10. durch Einfluss von einem Blutalkoholgehalt von mehr als 0,8 Promille oder Drogen, die nicht ärztlich verschrieben oder nicht im verschriebenen Umfang eingenommen wurden und die ohne ärztliche Verschreibung illegal wären.
11. Bei höheren Versicherungssummen als 4 Mio EUR (Leistungen für vorübergehende Berufsunfähigkeit und dauernde Berufsunfähigkeit kombiniert):
Vorerkrankungen durch Krankheit oder Körperverletzung, durch Ursachen, wegen derer der Versicherungsnehmer in den letzten drei Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat. Der Ausschluss ist begrenzt auf die ersten 12 Monate nach dem erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz.

TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL

1. *Meldung eines Anspruchs:* Die Versicherer sind schriftlich und so zeitnah wie möglich nach dem Auftreten oder dem Beginn einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit und/oder dauernden Berufsunfähigkeit über einen möglichen Anspruch in Kenntnis zu setzen, sobald die in dem Unternehmen für diesen Versicherungsvertrag zuständigen Personen hiervon unterrichtet wurden. Eine Meldung von oder im Namen des Versicherungsnehmers an die Versicherer, zusammen mit ausreichenden Informationen zur Identifizierung des Versicherungsnehmers, gilt als bei den Versicherern eingegangen, wenn sie schriftlich an den im TEIL ANHANG genannten Vermittler ergeht. Zudem gelten alle schriftlichen Mitteilungen an den Versicherungsnehmer durch den genannten Vermittler im Auftrag der Versicherer als von den Versicherern getätigt.
2. *Formulare zur Meldung eines Anspruchs:* Nach Erhalt der Meldung eines Anspruchs stellen unverzüglich die Versicherer dem Anspruchsteller/der Anspruchstellerin 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:* Den Versicherern 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 den Versicherern unverzüglich 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 der Versicherer folgende Auskünfte und Nachweise vorgelegt werden:

- (a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt 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;

TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL (Fortsetzung)

(Fortsetzung: Nachweis einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit und/oder dauernden Berufsunfähigkeit)

(e) Nachweis über den derzeitigen Arbeitgeber;

sowie

(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 4 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 drei Monate vor dem erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit behandelt wurde sowie eine diesbezügliche Schweigepflichtsentbindung.

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 Ehemann/Ehefrau, Lebenspartner/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter, Bruder, Schwester und sonstige Verwandte.

Werden die Nachweise nicht so zeitnah wie 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 die Versicherer erbracht wird.

TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL (Fortsetzung)

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 die Versicherer erklären diese in Textform, ob und in welchem Umfang sie eine Leistungspflicht anerkennen. Die Versicherer können ihre Leistungspflicht einmalig zeitlich befristet anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht, welcher mitgeteilt wird. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für die Versicherer bindend.
5. *Zeitpunkt der Zahlung von Ansprüchen:* Erkennen die Versicherer den Anspruch an oder haben sich der Versicherer und der Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringen die 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 die Versicherer leistungspflichtig sind. 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 Arbeitsunfähigkeit, für den die Versicherer haften.

6. *Mitwirkung:* Gemäß dieses Vertrages 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.
7. *Mitteilungspflicht:* Der Versicherungsnehmer hat unverzüglich mitzuteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit mindert oder wegfällt oder eine berufliche Tätigkeit wiederaufgenommen wird.
8. *Ärztliche Untersuchungen:* Die Versicherer haben das Recht, einmal jährlich auf Kosten der Versicherer weitere ärztliche Untersuchungen des Versicherungsnehmers, deren Körperschaden oder Erkrankung Grundlage eines Anspruchs ist, durch einen Arzt nach Wahl der Versicherer 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.

TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL (Fortsetzung)

9. *Teileinnahmen:* Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer gemäß diesem Versicherungsvertrag eine monatliche Rente und dazu anteilig monatliche Einnahmen aus seinem ausgeübten Beruf erhält, wird, soweit die anteilige monatliche Einnahme und die monatliche Rente zusammen die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltene monatlich Einnahme überschreiten, die zu zahlende monatliche Rente 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 die Versicherer zu dem Ergebnis gelangen, 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 die Versicherer bestimmen, 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 tragen die 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 die Versicherer zu dem Ergebnis gelangen, 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 die Versicherer bestimmen, 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.

TEIL ACHT – VEREINBARUNG ÜBER SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN (Fortsetzung)

(Fortsetzung: Sachverständigenverfahren bei dauernder Berufsunfähigkeit)

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 tragen die Versicherer.

TEIL NEUN – VERTRAGDAUER UND KÜNDIGUNG

1. Diese Versicherung ist für die Dauer von fünf Jahren geschlossen. Sie verlängert sich nach fünf Jahren automatisch um weitere fünf Jahre, sofern sie nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von den Versicherern schriftlich gekündigt wurde.
2. Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer zum Schluss eines jeden Jahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
3. Eine Kündigung nach dieser Vorschrift bedarf der Textform (z. B. Papierform, E-Mail).

TEIL ZEHN – ANHANG

1. Nummer der Versicherungspolice: [REDACTED]
2. Name des Versicherungsnehmers: [REDACTED]
3. Anschrift des Versicherungsnehmers: [REDACTED]
4. Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: [REDACTED]
5. Ausgeübter Beruf des Versicherungsnehmers: [REDACTED]
6. Zeitraum der Versicherung:
1. April 2018 (00:00 Uhr) bis 31. März 2023 (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 Berufsunfähigkeit und dauernde Berufsunfähigkeit
 - (b) Monatliche Rente bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: EUR [REDACTED]
 - (c) Maximaler Leistungszeitraum bei vorübergehender Berufsunfähigkeit:
120 Monate
 - (d) Karenzzeit bei vorübergehender Berufsunfähigkeit:
6 Monate
 - (e) Dauernde Berufsunfähigkeit – Maximale einmalige Kapitalleistung: Euro. [REDACTED]

TEIL ZEHN – ANHANG (Fortsetzung)

8. Prämie p.a.:

Jahr 1: EUR [REDACTED]
Jahr 2: EUR [REDACTED]
Jahr 3: EUR [REDACTED]
Jahr 4: EUR [REDACTED]
Jahr 5: EUR [REDACTED]

Zahlbar in zwei gleichen Raten am 1. April und 1. Oktober eines jeden Jahres

9. Makler

(a) Name:
(b) Anschrift:
(c) Telefon:
(d) E-Mail:

Klausel LMA3333
HAFTUNGSKLAUSEL DER (RÜCK)VERSICHERER

Getrennte und keine gesamtschuldnerische Haftung der (Rück)Versicherer

Jeder (Rück)Versicherer dieses Vertrages haftet für seinen eigenen Anteil und nicht gemeinsam mit anderen (Rück)Versicherern dieses Vertrages. Jeder (Rück)Versicherer haftet nur für seinen Zeichnungsanteil. Kein (Rück)Versicherer haftet für die Zeichnungsanteile anderer (Rück)Versicherer oder haftet in sonstiger Weise für die Verpflichtungen anderer (Rück)Versicherer dieses Vertrages.

Der Zeichnungsanteil eines (Rück)Versicherers unter dieser Police oder, im Fall eines Lloyd's-Syndikates, der Zeichnungsanteil aller Mitglieder des Syndikates zusammen, ist neben dem jeweiligen Stempel ausgewiesen, vorbehaltlich eines im „Signing“ angepassten Anteils.

Im Fall eines Lloyd's-Syndikates ist jedes Syndikatsmitglied (und nicht das Syndikat als solches) ein (Rück)Versicherer. Jedes Mitglied hat einen Teil des Gesamtanteils des Syndikates gezeichnet (der Gesamtanteil ist die Summe aller Anteile, welche die Syndikatsmitglieder im Syndikat gezeichnet haben). Die Haftung jedes Syndikatsmitglieds ist auf den eigenen Anteil begrenzt und nicht gesamtschuldnerisch mit anderen Mitgliedern. Ein Mitglied haftet nicht für den Anteil eines anderen Mitgliedes und ist nicht subsidiär für einen anderen (Rück)Versicherer des Vertrages eintrittspflichtig. Die Geschäftsadresse eines jeden Mitglieds ist Lloyd's, One Lime Street, London EC3M 7HA. Die Identität eines jeden Mitgliedes eines Lloyd's-Syndikates und seines jeweiligen Anteils kann schriftlich vom Market Service, Lloyd's, unter vorgenannter Adresse bezogen werden.

Haftungsanteil

Mit Ausnahme der Anpassung bei Vertragsabschluss (vgl. unten) ist der von jedem (Rück)Versicherer gezeichnete Haftungsanteil unter dieser Police (oder, im Fall eines Lloyd's-Syndikates, die Summe aller von dessen Mitgliedern gezeichneten Anteile) neben dem Stempel als "Gezeichneter Anteil ausgewiesen.

Soweit es diese Police erlaubt, können gezeichnete Anteile angepasst werden. In diesem Fall wird in einem der Police anliegenden Auflistung der endgültige Haftungsanteil eines jeden (Rück)Versicherers (oder, im Fall eines Lloyd's-Syndikates, die Summe aller von dessen Mitgliedern gezeichneten Anteile) aufgeführt. Dieser endgültige Haftungsanteil (oder, im Fall eines Lloyd's-Syndikates, die Summe aller von dessen Mitgliedern gezeichneten Anteile) werden als "Signing" bezeichnet. Die endgültigen Haftungsanteile gehen allen gezeichneten Anteilen vor, es sei denn, dass nachweislich ein Rechenfehler vorliegt.

Obwohl in dieser Bestimmung in diversen Regelungen auf "diese Police" als Singular Bezug genommen wird, gelten diese, soweit dies erforderlich ist, auch für eine Mehrzahl von Policen.

21/06/07

LMA3333

Ärztliche Untersuchungen: Die Versicherer haben das Recht, einmal jährlich auf Kosten der Versicherer weitere ärztliche Untersuchungen der versicherten Person, deren Körperschaden oder Erkrankung Grundlage eines Anspruchs ist, durch einen Arzt nach Wahl der Versicherer 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.

BESCHWERDEMELDUNG

Regelungen für die Beschwerdebearbeitung

Jede Beschwerde sollte zunächst an *{Fügen Sie Namen und Kontaktdetails der Partei ein, an welche Beschwerden zu adressieren sind}* gerichtet werden.

Der Lloyd's Managing Agent *{Fügen Sie den Namen des führenden Managing Agent ein}* bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte, oben angeführte Partei wird den Empfang Ihrer Beschwerde sobald wie möglich schriftlich bestätigen.

Der Lloyd's Managing Agent *{Fügen Sie den Namen des führenden Managing Agent ein}* bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte, oben angeführte Partei wird bemüht sein, Ihnen die Entscheidung über Ihre Beschwerde innerhalb von sechs Wochen nach deren Vorbringen schriftlich zukommen zu lassen.

Sollten Sie weiterhin unzufrieden mit der abschließenden Antwort der oben genannten Partei sein oder falls Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Einreichung der Beschwerde eine abschließende Antwort erhalten haben, so haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde beim Financial Ombudsman Service im Vereinigten Königreich vorzubringen: Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London
E14 9SR
Großbritannien / United Kingdom

Telefon: +44 20 7964 0500 oder +44 7964 1000 (außerhalb Großbritanniens)
Telefon: 0800 023 4 567 (innerhalb Großbritanniens)
Fax: +44 20 7964 1001
E-Mail: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk
Website: www.financial-ombudsman.org.uk

Zusätzlich können Sie Ihre Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) in Deutschland richten, ohne sich vorher an den Versicherer zu wenden. Die entsprechende Kontaktdaten lauten wie folgt:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) /
(Federal Financial Supervisory Authority)
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Deutschland
Fon: +49 (0)228 4108 0
Fax: +49 (0)228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

01/02/2017
LSW1872A-6

DATENSCHUTZGESETZ VON 1998

Es besteht Einverständnis von Seiten des Versicherungsnehmers, dass alle den Versicherern im Hinblick auf den Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellten Informationen von den Versicherern in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes von 1998 zum Zwecke einer Deckungsgewährung und, sofern zutreffend, einer Schadenbearbeitung verarbeitet werden, wodurch unter Umständen die Weitergabe solcher Informationen an Dritte notwendig wird,

22/6/00
NMA2863

BESONDERE HINWEISE

Auf Ihre folgenden Rechte und Pflichten als Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsvertragsgesetz weisen wir Sie besonders hin. Bitte lesen Sie sie aufmerksam.

Die folgenden Hinweise richten sich nicht an Versicherungsnehmer, die einen Vertrag über Rückversicherung oder Seeversicherung abschließen.

ANZEIGEPFLICHT UND FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG

Sie haben bis zum Abschluss des Versicherungsvertrags (Erhalt der Versicherungspolice) die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder Telefax) gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Die Verletzung dieser Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden des Versicherungsnehmers) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen.

ABWEICHENDER VERSICHERUNGSSCHEIN

Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, gilt die Abweichung als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder Telefax) widersprechen.

ZAHLUNGSVERZUG BEI ERSTPRÄMIE

Die Nichtzahlung der einmaligen oder ersten Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles kann zu einer Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

VERLETZUNG EINER VERTRAGLICHEN OBLIEGENHEIT

Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so kann dies zu einer Leistungsfreiheit des Versicherers oder einer Kürzung der Leistung führen.

01/04/10
LSW1652A-6

ALLGEMEINE HINWEISE

1. MITTEILUNGEN

Sämtliche Mitteilungen, die der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte in Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag zu machen hat, sind schriftlich an die Adresse des Vermittlers oder an den Hauptbevollmächtigten für Deutschland der Lloyd's Versicherer London zu richten.

2. KLAGEN

- 2.1 Ansprüche gegen die Versicherer aus Versicherungsverträgen, die über eine in Deutschland ansässige autorisierte Zeichnungsstelle von Lloyd's abgeschlossen wurden, können nur durch und gegen den Hauptbevollmächtigten für Deutschland der Lloyd's Versicherer London gerichtlich geltend gemacht werden.
- 2.2 Ansprüche aus Versicherungsverträgen, die nicht über eine in Deutschland ansässige autorisierte Zeichnungsstelle von Lloyd's abgeschlossen wurden, können, wenn ein deutscher Gerichtsstand gegeben ist, gegen den bevollmächtigten Unterzeichner des im Versicherungsschein an erster Stelle aufgeführten Syndikats oder einen von diesem benannten Versicherer geltend gemacht werden. Diesbezügliche Klagen können dem Hauptbevollmächtigten für Deutschland der Lloyd's Versicherer London zugestellt werden.

3. ANWENDBARES RECHT/GERICHTSSTAND

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht einschließlich der deutschen Gerichtsstände, sofern nicht in den Versicherungsbedingungen rechtswirksam anders vereinbart oder zwingendes Recht entgegensteht.

4. VERTRAGSENDE

Dieser Vertrag endet zum 31. März, 2023, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

NMA2352B
26. Februar 2008

EUROPÄISCHE KLAUSEL ÜBER KLAGEZUSTELLUNG UND GERICHTSSTAND

Es gilt als vereinbart, dass diese Versicherung ausschließlich den Gesetzen und Gerichtsverfahren von Deutschland unterliegt und dass alle Streitfälle, welche unter, aus oder in Verbindung mit dieser Versicherung entstehen, ausschließlich der Gerichtsbarkeit eines jeden zuständigen Gerichtes in Deutschland unterworfen sind.

Die hieran beteiligten Versicherer vereinbaren, dass alle Vorladungen, Anzeigen oder gerichtlichen Verfügungen, welche ihnen zum Zwecke der Beschreitung des Rechtsweges gegen sie in Zusammenhang mit dieser Versicherung zuzustellen sind, ordnungsgemäß zugestellt gelten, wenn sie an diese adressiert sind und ihnen zu Händen von

Jan Blumenthal
Hauptbevollmächtigter / Lloyd's General Representative for Germany
Lloyd's Versicherer
Niederlassung für Deutschland
Taunusanlage 11
60329 Frankfurt
Germany
Tel: +49 (0)69 7144 88 1 0
Fax: +49 (0)69 7144 88 1 99
E-mail: jan.blumenthal@lloyds.com
E-mail: lloydsfrankfurt@lloyds.com

ausgeliefert wurden, welcher ermächtigt ist, die Zustellung in ihrem Namen anzunehmen.

Die Versicherer verzichten durch die oben gewährte Ermächtigung nicht auf ihre Rechte in Zusammenhang mit irgendeinem besonderen Aufschub oder irgendwelchen besonderen Fristen, auf welche(n) sie in Verbindung mit der Zustellung solcher Vorladungen, Anzeigen oder gerichtlichen Verfügungen aufgrund der Tatsache ein Anrecht haben, dass sie ihren Geschäftssitz oder ihre Hauptniederlassung in England unterhalten.

04/93
LSW487-6

Information

Underwriters note and agree that the attached wording is available in German language only

IMPORTANT DISCLAIMER: It is acknowledged that any translation into English of original text in the German language performed by Miller in connection with the placement of this risk represents a free translation of the original. The translations are provided for information only, have no legal effect and should not be relied upon. Miller makes no representations of any kind that its translations are correct, complete, or up-to-date and expressly disclaims any representation that translations satisfy any applicable standard of care. Users of these translated materials are encouraged to read the original versions and reach their own conclusions regarding any matter subject to interpretation. Miller shall not be liable for any direct, indirect, incidental, special, or consequential damages resulting from the user's reliance upon any translated material.

Security Details**LMA3333****(RE)INSURERS LIABILITY CLAUSE****(Re)insurer's liability several not joint**

The liability of a (re)insurer under this contract is several and not joint with other (re)insurers party to this contract. A (re)insurer is liable only for the proportion of liability it has underwritten. A (re)insurer is not jointly liable for the proportion of liability underwritten by any other (re)insurer. Nor is a (re)insurer otherwise responsible for any liability of any other (re)insurer that may underwrite this contract.

The proportion of liability under this contract underwritten by a (re)insurer (or, in the case of a Lloyd's syndicate, the total of the proportions underwritten by all the members of the syndicate taken together) is shown next to its stamp. This is subject always to the provision concerning "signing" below.

In the case of a Lloyd's syndicate, each member of the syndicate (rather than the syndicate itself) is a (re)insurer. Each member has underwritten a proportion of the total shown for the syndicate (that total itself being the total of the proportions underwritten by all the members of the syndicate taken together). The liability of each member of the syndicate is several and not joint with other members. A member is liable only for that member's proportion. A member is not jointly liable for any other member's proportion. Nor is any member otherwise responsible for any liability of any other (re)insurer that may underwrite this contract. The business address of each member is Lloyd's, One Lime Street, London EC3M 7HA. The identity of each member of a Lloyd's syndicate and their respective proportion may be obtained by writing to Market Services, Lloyd's, at the above address.

Proportion of liability

Unless there is "signing" (see below), the proportion of liability under this contract underwritten by each (re)insurer (or, in the case of a Lloyd's syndicate, the total of the proportions underwritten by all the members of the syndicate taken together) is shown next to its stamp and is referred to as its "written line".

Where this contract permits, written lines, or certain written lines, may be adjusted ("signed"). In that case a schedule is to be appended to this contract to show the definitive proportion of liability under this contract underwritten by each (re)insurer (or, in the case of a Lloyd's syndicate, the total of the proportions underwritten by all the members of the syndicate taken together). A definitive proportion (or, in the case of a Lloyd's syndicate, the total of the proportions underwritten by all the members of a Lloyd's syndicate taken together) is referred to as a "signed line". The signed lines shown in the schedule will prevail over the written lines unless a proven error in calculation has occurred.

Although reference is made at various points in this clause to "this contract" in the singular, where the circumstances so require this should be read as a reference to contracts in the plural.

Order Hereon: 100% of 100%

**Basis of
Written Lines:** Percentage of Whole

Signing Provisions: In the event that the written lines hereon exceed 100% of the order, any lines written "to stand" will be allocated in full and all other lines will be signed down in equal proportions so that the aggregate signed lines are equal to 100% of the order without further agreement of any of the (re)insurers.

However:

- a) in the event that the placement of the order is not completed by the commencement date of the period of insurance then all lines written by that date will be signed in full;
- b) the signed lines resulting from the application of the above provisions can be varied, before or after the commencement date of the period of insurance, by the documented agreement of the (re)insured and all (re)insurers whose lines are to be varied. The variation to the contracts will take effect only when all such (re)insurers have agreed, with the resulting variation in signed lines commencing from the date set out in that agreement.

Written Lines: In a co-insurance placement, following (re)insurers may, but are not obliged to, follow the premium charged by the lead (re)insurer.

(Re)insurers may not seek to guarantee for themselves terms as favourable as those which others subsequently achieve during the placement.

PROGRAMMES
UMR / POLICY No. [REDACTED]

PAGE 39 OF 39

**SIGNED
LINE %**

Miller Insurance Services LLP
B0621FFDO35617
12 Months at 1st December 2017

Personal Accident Lineslip

25.00%	Lloyd's Syndicate 5151 ENH	KGFG18762A17
25.00%	Lloyd's Syndicate 2121 ARG	K25859GA117X
25.00%	Lloyd's Syndicate 4020 ARK	K0117CB01609
25.00%	Lloyd's Syndicate 1919 CVS	AE9059A18AAA



100.0000% Lloyd's Syndicates