

POLICENINFORMATIONSLATT



Collect Plus

Diese Police wird von Biometric Underwriting GmbH für die in Belgien registrierte Lloyd's Insurance Company S.A. ausgestellt. Lloyd's Insurance Company S.A. ist durch die belgische Nationalbank zugelassen und steht unter Aufsicht der Financial Services and Markets Authority (FSMA), Belgien. Die Unternehmensnummer lautet 682.594.839.

Dieses Policeninformationsblatt gibt einen Überblick über Umfang, die Ausschlüsse und Beschränkungen des Versicherungsschutzes. Der gesamte Deckungsschutz dieser Versicherung ergibt sich aus dem Policendokument, dass Sie bei Ihrem Vermittler anfordern können.

Welches Risiko ist versichert?

Die Police versichert Ihre vorübergehende und dauernde Berufsunfähigkeit aufgrund von Unfällen, Krankheit und mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall. Deckung wird für diejenigen Leistungen geboten, die Sie ausgewählt haben.

 Was ist versichert?	 Was ist nicht versichert?
<p>Wir zahlen die Leistungen, wie sie in der Leistungsbeschreibung aufgeführt sind (bitte entnehmen Sie diese Ihrer Police), sofern und soweit Sie einen unfallbedingten Körperschaden, eine Krankheit oder einen mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall während der Policenlaufzeit erleiden und sich daraus eine</p> <ul style="list-style-type: none">✓ vorübergehende Berufsunfähigkeit*✓ dauernde Berufsunfähigkeit** <p>ergibt.</p> <p><i>* Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie Ihren ausgeübten Beruf zu 50% oder weniger ausüben können. Unsere Leistung besteht in einer monatlichen Rente.</i></p> <p><i>** Dauernde Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie für den gesamten versicherten Zeitraum der vorläufigen Berufsunfähigkeit ununterbrochen berufsunfähig waren und keine reale Aussicht darauf besteht, jemals wieder zu mehr als 50% in Ihrem ausgeübten Beruf tätig werden zu können. Unsere Leistung besteht in einer einmaligen Kapitalzahlung.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">✗ Monatliche Renten vor Ablauf der Karenzzeit.✗ Leistungen an Personen, die bei Eintritt der vorläufigen Berufsunfähigkeit älter als 67 Jahre sind. Dies schließt auch die Kapitalzahlung wegen dauernder Berufsunfähigkeit ein.✗ Aktive Beteiligung an Kriegshandlungen, Kampfhandlungen oder einem andere Kriegs- oder Bürgerkriegsakt.✗ Tatsächliche oder angedrohte böswillige Verwendung von krankheitserregenden oder giftigen biologischen oder chemischen Substanzen.✗ Nuklearreaktionen, nuklearer Strahlung oder radioaktive Verseuchung.✗ Teilnahme an Flügen (außer als Passagier).✗ Aktive Beteiligung an militärischen Operationen.✗ Absichtliche Selbstverstümmelung oder versuchte Selbsttötung.✗ Durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, AIDS, AIDS-Symptome und HIV.✗ Ihr vorsätzliches Begeben in außergewöhnliche Risikosituationen.✗ Kriminelle Handlungen durch Sie.✗ Unfälle durch Einfluss eines Blutalkoholgehalts von mehr als 1,6 ‰. Einnahme von Drogen, die nicht medizinisch verordnet sind.✗ Leistungen an vermisste Personen.✗ Leistungen für Todesfälle.✗ Leistungen, falls Sie eine angemessene ärztliche Behandlung verweigern. <p>Zusätzlich bei mehr als 4 Mio. EUR kombinierter Versicherungssumme:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ In den letzten drei Monaten vor Policenbeginn erlittene oder diagnostizierte Erkrankungen oder medizinische Behandlungen.



Welche Deckungseinschränkungen gibt es?

- ! Ihre Police kann Nachträge und Ergänzungen enthalten.
- ! Die Police ist nur für Personen ab 16 und bis 67 (inkl.) erhältlich.
- ! Die Monatsrenten werden jährlich um 7% oder nach dem Verbraucherpreisindex (je nachdem, was niedriger ist) erhöht.
- ! Die Monatsrenten für vorübergehende Berufsunfähigkeit sind auf die in der Police genannte Zeit begrenzt.
- ! Die Kapitalzahlung für dauernde Berufsunfähigkeit wird erst nach Ablauf der gesamten Zeit für vorübergehende Berufsunfähigkeit gezahlt.
- ! Das Kapital für dauernde Berufsunfähigkeit wird nur für die Zeit vor Eintritt in die gesetzliche Rente gezahlt.
- ! Die Leistungen sind nicht vererbbar.
- ! Monatliche Leistungen aus dieser Police werden anteilig reduziert, sofern Sie von Ihrem Arbeitgeber oder aus anderen Policen weitere Leistungen beziehen und damit mehr als 100% Ihrer vorherigen üblichen Bezüge erzielen.
- ! Bei einem erneuten Leistungsansprüchen mehr als 12 Monate nach dem vorherigen Leistungsanspruch wird eine erneute Karenzzeit angerechnet.
- ! Bei einem erneuten Leistungsanspruch steht nur noch der nicht verbrauchte Teil der maximalen Leistungsperiode zur Verfügung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie sind weltweit versichert, sofern nicht etwas anderes in der Police geregelt wird.



Was sind meine Obliegenheiten?

- Bei Beginn der Versicherungsperiode oder bei Änderungen der Police müssen Sie vollständige und richtige Antworten auf die Ihnen gestellten Fragen geben.
- Sie müssen uns so bald wie möglich mitteilen, falls Sie vor oder während der Policenlaufzeit feststellen, dass Ihre Antworten unrichtig sind oder sich geändert haben.
- Sie müssen Ihre Prämie zahlen, es sei denn, Sie erhalten Leistungen aus der Police.
- Bei Krankheit oder Unfall müssen Sie, falls ein Anspruch unter dieser Police möglich sein könnte:
 - So bald wie möglich einen zugelassenen Arzt aufsuchen und ihm erlauben, Sie im Hinblick auf eine Anspruchsprüfung zu untersuchen.
 - Uns so bald wie möglich informieren.
 - Uns mit den notwendigen Vollmachten ausstatten, zur Anspruchsprüfung Ihre medizinischen Daten und Korrespondenz, auch hinsichtlich Vorerkrankungen, einzusehen.
 - Uns alle Informationen zukommen lassen, die wir billigerweise anfordern.

Ein Verstoß gegen Ihre Obliegenheiten kann eine Leistungsverweigerung oder eine Leistungsreduzierung aus Ihrer Police zur Folge haben.



Wann und wie zahle ich die Prämie?

- Ihr Vermittler wird Sie über Zahlungsdetails und Optionen unterrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Beginn und Ende der Deckung werden in der Police ausgewiesen.



Wie kann ich die Police kündigen?

- Sie können diese Police zum Ende einer jeder Versicherungsperiode kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht dem Prämienzahlungsabschnitt. Die Kündigung muss in Textform erfolgen (z.B. Brief oder E-Mail).

Weitere wichtige Informationen

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Gerichtsstand ist der Sitz der Versicherer oder Sitz oder Wohnort des Versicherungsnehmers.

Uns übermittelte Informationen

Bei der Entscheidung, Ihren Versicherungsantrag zu akzeptieren und die Bedingungen und Prämie festzulegen haben wir auf Ihre Angaben vertraut. Sie müssen sicherstellen, dass unsere Fragen von Ihnen richtig und vollständig beantwortet wurden.

Falls wir feststellen, dass Sie uns vorsätzlich oder wissentlich mit falschen oder irreführenden Informationen versorgt haben, werden wir diese Deckung so behandeln, als wenn sie nicht abgeschlossen worden wäre, und alle Ansprüche zurückweisen.

Beschwerden

Etwaige Beschwerden sollten zunächst an Biometric Underwriting GmbH, Baumwall 7, D-20459 Hamburg, Herrn Marco Sadek, Geschäftsführer gerichtet werden.

Der Lloyd's Managing Agent Miller Insurance Services LLP oder Biometric Underwriting GmbH als deren Bevollmächtigter für die Abhilfe Ihrer Beschwerde werden den Empfang Ihrer Beschwerde so bald wie möglich schriftlich bestätigen.

Der Lloyd's Managing Agent Miller Insurance Services LLP oder Biometric Underwriting GmbH als deren Bevollmächtigter für die Abhilfe Ihrer Beschwerde werden Ihnen binnen sechs Wochen nach Eingang Ihrer Beschwerde eine schriftliche Entscheidung zukommen lassen.

Sie können Ihre Beschwerde auch jederzeit direkt und ohne vorherige Kontaktaufnahme mit den Versicherern an folgende Adresse richten:

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

Eine Beschwerde an vorstehende Adressen mindert nicht Ihre sonstigen Rechte.

Anspruchsmeldung zu dieser Police

Für einen Anspruch unter dieser Police kontaktieren Sie uns schriftlich oder telefonisch unter folgender Adresse:

Herr Marco Sadek
Geschäftsführer
ms@biometric-underwriting.de
www.biometric-underwriting.de
+49 40 25 33 99 011
Baumwall 7 (Überseehaus), D-20459 Hamburg
Amtsgericht Hamburg
HRB 139895|



PRODUKTINFORMATIONSBLETT

Berufsunfähigkeitsversicherung Collect Plus

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

dieses Informationsblatt stellt Ihnen die wesentlichen Produktinformationen zu Ihrem Versicherungsschutz zur Verfügung. Bitte beachten Sie aber, dass hier nicht abschließend alle Informationen zu Ihrem Vertrag aufgeführt werden. Weitere wichtige Informationen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsvorschlag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen (Collect Plus Teil EINS bis ZEHN).

Das Versicherungsverhältnis besteht über Lloyd's Insurance Company S.A., und zwar mit folgenden (Rück)Versicherern:

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

I. ART DER VERSICHERUNG

Berufsunfähigkeitsversicherung Collect Plus mit

- Versicherung von: **vorübergehender und dauerhafter Berufsunfähigkeit**

II. VERSICHERTE RISIKEN / AUSSCHLÜSSE

Bei vorübergehender Berufsunfähigkeit: Ist der Versicherungsnehmer innerhalb der Laufzeit der Police durch Unfall, einer zuletzt während der Policenlaufzeit manifestierten Krankheit oder einem zuletzt während der Policenlaufzeit manifestierten mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall in der Lage, seinen zuletzt konkret ausgeübten Beruf nur zu 50% oder weniger auszuüben, so wird ihm nach Ablauf der Karenzzeit – ohne eine 6-Monatsprognose – eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der vorübergehenden Berufsunfähigkeit, längstens aber bis Ende des 68. Lebensjahres gezahlt, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist. Die monatliche Rente wird dabei 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, erhöht – je nachdem, welcher Prozentsatz geringer ist. Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente wird längstens für die Dauer von 120 Monaten gezahlt.

Bei dauernder Berufsunfähigkeit: Ist der Versicherungsnehmer innerhalb der Laufzeit der Police infolge eines Unfalles, einer zuletzt während der Policenlaufzeit manifestierten Krankheit oder eines zuletzt während der Policenlaufzeit manifestierten mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalles nicht in der Lage, seinen zuletzt konkret ausgeübten Beruf zu mindestens 50% auszuüben, so erhält er zunächst die monatlichen Rentenzahlungen wie bei der vorübergehenden Berufsunfähigkeit. Hat der Versicherungsnehmer spätestens am Ende der Leistungsdauer der monatlichen Rentenzahlungen keine Aussicht jemals wieder in seinem ausgeübten Beruf zu arbeiten, so wird ihm nach der Leistung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrentenzahlungen – ohne 6-Monats-Prognose – ein einmaliger Kapitalbetrag in der vertraglich vereinbarten Höhe gezahlt, wenn er bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht älter als 67 Jahre ist. Erfolgt die Zahlung der monatlichen Rente bis zum Eintritt in die gesetzliche oder anderweitig vertraglich vereinbarte Rente, wird für die dauernde Berufsunfähigkeit keine Kapitaleistung erbracht.

Es besteht weltweiter Deckungsschutz. Eine Herabsetzung der Beitragszahlung oder Beitragsfreistellung der Versicherung ist nicht möglich. Eine Überschussbeteiligung ist ausdrücklich ausgeschlossen.

Individuelle Risikoausschlüsse können sich aufgrund der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Hierauf weisen wir im Versicherungsschein hin. Auf die ohnehin geltenden Risikoausschlüsse weisen wir in diesem Produktinformationsblatt unter IV. sowie im Einzelnen in den Versicherungsbedingungen der Collect Plus im Teil SECHS hin.

III. PRÄMIE, FÄLLIGKEIT UND FOLGEN BEI UNTERBLIEBENER ODER VERSPÄTETER ZAHLUNG / SONSTIGE KOSTEN

1. Prämie, Fälligkeit und Folgen des Verzugs

Die Versicherungsprämie beträgt im

Jahr 1:	24,54	Euro
Jahr 2:	24,95	Euro
Jahr 3:	25,45	Euro
Jahr 4:	25,86	Euro
Jahr 5:	26,36	Euro

Versicherungssteuer fällt in Deutschland nicht an. Da sich aufgrund von Risikozuschlägen noch Änderungen der Prämie ergeben können, entnehmen Sie bitte die endgültige Prämienhöhe Ihrem Versicherungsangebot. Die Prämie ist zu entrichten. Die Erstprämie ist 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Folgeprämien sind sodann zu den jeweils im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten zu entrichten.

Wenn Sie die Prämien, insbesondere die Erstprämie, schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bitte entnehmen Sie die Folgen eines Prämienverzuges Ihren Versicherungsunterlagen.

2. Abschluss- und Vertriebskosten sowie sonstige Kosten

Für Ihren Vertrag sind keine Abschlusskosten zu entrichten. Es fallen jedoch Vertriebs- und Verwaltungskosten an, die in der kalkulierten jährlichen Prämie bereits enthalten sind. Die Vertriebskosten betragen 15% von der Jahresprämie und die Verwaltungskosten 22,5% von der Jahresprämie.

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

Folgende pauschale Verwaltungskosten können zudem auf Sie zukommen:

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

IV. LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE

Leider können wir Sie nicht gegen alle Gefahren und Schäden versichern. Bitte entnehmen Sie alle Einzelheiten zu den Leistungs- und Risikoausschlüssen dem Teil SECHS der Versicherungsbedingungen. So besteht unsere Leistungspflicht beispielsweise nicht bei

- Aktive Beteiligung an Krieg, Feindseligkeiten oder jeglicher Kriegsakt oder Bürgerkriegsakt;
- die tatsächliche oder angedrohte böswillige Verwendung von krankheitserregenden oder giftigen biologischen oder chemischen Substanzen;
- Nuklearreaktionen, Nuklearstrahlung oder radioaktive Kontamination;
- aktive Beteiligung des Versicherungsnehmers an Militäraktionen;
- der Teilnahme des Versicherungsnehmers an Flügen (außer als Passagier);
- absichtliche, selbst zugefügte Verletzung oder versuchter Suizid, und zwar innerhalb der ersten drei Jahre des fortlaufenden Versicherungsschutzes unter einem Collect Plus-Versicherungsvertrag;
- Geschlechtskrankheit, AIDS, Prä-AIDS-Symptomatik und HIV, gleichgültig, wie diese Krankheiten übertragen wurden;
- 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 (mit Ausnahme von Versuchen, Menschenleben zu retten);
- Körperschaden oder Erkrankung, der bzw. die durch eine vorsätzliche eigene Straftat des Versicherungsnehmers hervorgerufen wird;

- Unfällen durch Einfluss von einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,6 Promille;
- Drogen, die nicht ärztlich verschrieben wurden oder nicht im verschriebenen Umfang eingenommen wurden und die ohne ärztliche Verschreibung illegal wären.

V. PFLICHTEN

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten (Obliegenheiten) zu erfüllen.

1. Obliegenheiten, die Sie bei Vertragsabschluss beachten müssen

Alle Fragen in unserem Antragsformular sind vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Dies gilt insbesondere für die Erklärungen hinsichtlich gegenwärtiger oder früherer Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Wenn Sie Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und nach denen wir in Textform gefragt haben, nicht oder nicht richtig angegeben haben, können wir – auch nach längerer Zeit – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Ist ein Rücktritt nicht möglich, können wir den Vertrag kündigen oder anpassen.

2. Obliegenheiten, die Sie während der Laufzeit des Vertrages beachten müssen

Während der Vertragslaufzeit bestehen beispielsweise die Pflicht zur Mitteilung von Adressänderungen oder Änderung der Bankverbindung. Wir werden einmal pro Jahr Änderungen erfragen.

3. Obliegenheiten, die Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles beachten müssen

Bei Eintritt des Versicherungsfalles obliegen Ihnen ebenfalls Pflichten, welche im Einzelnen im Teil DREI der Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. So sind Sie oder ein anspruchsberechtigter Dritter insbesondere verpflichtet,

- uns den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem Sie bzw. der Dritte vom Versicherungsfall Kenntnis erlangt hat, so zeitnah wie möglich anzuzeigen;
- uns alle zur Prüfung des Leistungsfalles notwendigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu überlassen sowie die Schadenanzeige wahrheitsgemäß auszufüllen;
- im Falle der Beauftragung von Ärzten durch uns, sich durch diese untersuchen zu lassen.

Bitte beachten Sie auch diese Verpflichtungen sorgfältig! Das Nichtbeachten kann zum Verlust des Deckungsschutzes führen.

VI. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Datum durch Zahlung der Erstprämie.

Der Vertrag läuft je nach konkreter Vereinbarung bis längsten fünf Jahre. Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Prämienzahlungsabschnitt.

Spätestens drei Monate vor Ablauf des Vertrages stellen wir Ihnen folgende Informationen zur Verfügung: Eine Zusammenfassung der bisherigen jährlichen Prämien

- Die jährlichen zukünftigen Prämien für die folgenden (bis zu) fünf Jahre
- Bedingungen für die automatische Erneuerung für die nächsten (bis zu) fünf Jahre.

Sofern Sie nicht widersprechen oder kündigen, verlängert sich die Police sodann automatisch um weitere fünf Jahre, sofern er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von dem Versicherer schriftlich gekündigt wurde.

VII. Beendigung des Vertrages

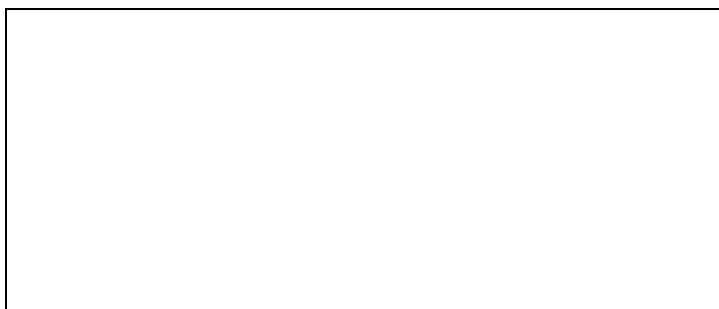
Der Versicherungsvertrag endet durch Ablauf, Kündigung oder Risikofortfall und in weiteren gesetzlich genannten Fällen.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der Versicherungsperiode automatisch um eine weitere Versicherungsperiode, sofern er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf von dem Versicherer schriftlich gekündigt wurde.

Versicherungsantrag für die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit

Versicherer: Lloyd's Insurance Company S.A., Bastion Tower, Marsveldplein 5, B-1050 Brüssel

Vermittler / Makler:



Biometric Underwriting GmbH
Baumwall 7
D – 20459 Hamburg
Registergericht: Hamburg, HRB 139895

Bitte die beiden folgenden Seiten der zu versichernden Person gesondert aushändigen!

Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Die Versicherer übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Die Versicherer sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in angemessener Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können die Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben die Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Erklären die Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht den Versicherern der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können die Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können die Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Versicherer Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen die Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden die Versicherer Sie in ihrer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Die Versicherer können ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihnen geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung ihrer Rechte haben die Versicherer die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützen. Zur Begründung können die Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die Versicherer können sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie die Versicherer arglistig täuschen, können die Versicherer den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Versicherer sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Mitteilung über die Folgen des Zahlungsverzuges der Erstprämie oder Einmalprämie

Bitte zahlen Sie Ihre Erstprämie rechtzeitig innerhalb von zwei Wochen, nachdem der Versicherungsschein bei Ihnen eingegangen ist. Sollten Sie die einmalige oder Erstprämie nicht rechtzeitig zahlen, können die Versicherer – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, die Nichtzahlung ist nicht von Ihnen zu vertreten. Ist die einmalige oder Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so sind die Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Zudem erlischt eine eventuelle vorläufige Deckungszusage.

Antrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung **baufi BU/CollectPlus**

Wichtige Hinweise im Namen des Versicherers

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre Erklärung zu den gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, nach bestem Wissen vollständige und wahrheitsgemäße Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen zu machen.

Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen ausgehändigten „Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

Angaben des Versicherungsnehmers

Anrede/Titel

Zuname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Geburtsdatum

berufliche Tätigkeit

E-Mail

Telefon

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen:

- ✓ Ich bin in der Lage, meiner vertragsmäßigen Tagesarbeit sowohl mental als auch körperlich nachzugehen:
☐ ja ☐ nein
- ✓ Ich war während der letzten 12 Monate aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nicht länger als 20 aufeinanderfolgende Arbeitstage arbeitsunfähig:
☐ ja ☐ nein
- ✓ Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls meine Arbeitszeit reduziert, meine normale Arbeitstätigkeit oder meinen Arbeitsplatz geändert; dies gilt auch für Heimarbeitsplätze, ohne darauf begrenzt zu sein:
☐ ja ☐ nein
- ✓ Ich habe in den letzten 12 Monaten nicht unter einer anderen Berufsunfähigkeitspolice, deren Versicherungsnehmer oder versicherte Person ich bin, eine Prämienerrhöhung von mehr als 50% oder eine reduzierte oder abgelehnte Leistungszusage erhalten:
☐ ja ☐ nein
- ✓ Ich habe nicht innerhalb der letzten 60 Tage den ärztlichen Rat erhalten, der Arbeit fern zu bleiben:
☐ ja ☐ nein

Hinweise:

Versicherungsschutz ist nicht möglich, wenn eine Berufsunfähigkeit bereits vor Versicherungsbeginn vorliegt.

Falls die obigen Erklärungen nicht abgegeben werden können, ist eine gesonderte Prüfung mit dem Versicherer erforderlich.

Angaben zu bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen:

- ✓ Ich habe eine bestehende Absicherung gegen Berufsunfähigkeit:
☐ ja ☐ nein
- ✓ Wenn ja, bestätige ich, dass die jährlich zu versichernde Berufsunfähigkeitsrente einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit 100% des zum Zeitpunkt der Antragsstellung aktuellen Brutto-Arbeitseinkommen nicht übersteigt:
☐ ja ☐ nein

Fragen zu den Vertragsmodalitäten:

 Vertragsbeginn

 Laufzeit: ☐ 1 Jahr ☐ 2 Jahre ☐ 3 Jahre ☐ 4 Jahre ☐ 5 Jahre

Versicherung von vorübergehender UND dauernder Berufsunfähigkeit

☐ ja ☐ nein

Versicherung nur von vorübergehender Berufsunfähigkeit

☐ ja ☐ nein

1.562,50 EUR/Monat

 Höhe der Monatsrente bei vorübergehender Berufsunfähigkeit (maximal 75 % des Bruttoeinkommens aus der versicherten Tätigkeit)

120 Monate

 Max. Leistungsdauer für die monatlichen Rentenleistungen vor Eintritt in die gesetzliche oder anderweitige Rente (Hinweis auf altersgemäß kürzere Leistungsdauer auf der nächsten Seite)

180 Tage

 Karenzzeit

10 Jahresrenten

 Höhe der Kapitalzahlung bei dauernder Berufsunfähigkeit in Jahresrenten für die vorübergehende Berufsunfähigkeit (Anzahl von 1-10 / Hinweis auf altersgemäße Anzahl auf der nächsten Seite)

Jahr 1: 24,54 EUR, Jahr 2: 24,95 EUR, Jahr 3: 25,45 EUR,

Jahr 4: 25,86 EUR, Jahr 5: 26,36 EUR.

 Jahresprämie

☐ monatlich* ☐ vierteljährlich* ☐ halbjährlich ☐ jährlich

 Zahlungsweise (* nur nach Zustimmung durch Versicherer)

 Datum, Unterschrift Antragsteller/in

Hinweis auf Leistungsdauer in der vorübergehenden und Leistungshöhe in der dauernden Berufsunfähigkeit:

Bei Berufsunfähigkeit wird zunächst die vereinbarte monatlichen Rentenleistung gezahlt. Deren Leistungsdauer entspricht gemäß nachstehender Tabelle dem Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Bestätigt unmittelbar nach Ablauf der maximalen Leistungsdauer die ärztliche Prüfung eine dauernde Berufsunfähigkeit, wird zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung gezahlt. Deren Höhe entspricht den vBU-Jahresrenten für die Anzahl der Jahre, die zwischen dem Leistungsende der vBU-Jahresrente (= 12 vBU-Monatsrenten) und dem absoluten Leistungsende des 68igsten Geburtstags liegen:

Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit	Anzahl der monatlichen Renten bei vereinbarter maximaler Leistung von 120 Monaten	Einmalige Kapitalleistung in Höhe von folgender Anzahl von vBU-Jahresrenten bei dauernder Berufsunfähigkeit
67	12	0
66	24	0
65	36	0
64	48	0
63	60	0
62	72	0
61	84	0
60	96	0
59	108	0
58	120	0
57	120	1
56	120	2
55	120	3
54	120	4
53	120	5
52	120	6
51	120	7
50	120	8
49	120	9
48	120	10

Die bei Versicherungsbeginn altersgemäß bis zum absoluten Leistungsende maximal möglichen Leistungen werden automatisch berücksichtigt. Ist der/die Antragsteller/in bei Antragstellung älter als 48 Jahre, passt sich die Leistung und die sich daraus ergebende Prämie automatisch an. Bei einem manuell erstellen Antrag kann die maximal mögliche Leistungshöhe der Tabelle entnommen werden. Unsere Prämientableaus berücksichtigen die altersgemäßen Leistungen.

Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindung:

Die Mitarbeiter der Versicherer unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen die Versicherer Ihre Entbindung, um von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Krankheitsdiagnosen, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an die Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's Insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers.

Die Versicherer verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können die Versicherer Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitsdaten, und weiteren nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein

2. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Die Versicherer geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbstständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein

3. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Die Versicherer benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Versicherer zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein

4. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Versicherer führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigen die Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die vorstehend genannten Stellen benötigen die Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Versicherer meine Gesundheitsdaten an vorstehende Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherer sowie der Unternehmensgruppe der Versicherer und sonstiger Stellen

im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ebenfalls ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an andere Gesellschaften der Versicherungsgruppe übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

☐ ja ☐ nein

5. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, dürfen die Biometric Underwriting GmbH und die Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall speichern, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Die Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Biometric Underwriting GmbH und die Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen dürfen

☐ ja ☐ nein

Bestätigung der Einwilligung gemäß Ziffern 1.-5.:

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in/gesetzlicher Vertreter

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen die Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Versicherer gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Hiermit willigen Sie ein, dass Ihre im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis stehenden personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertrages gespeichert und genutzt werden. Darüber hinaus erklären Sie sich mit der Weiterleitung dieser Daten durch die Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's Insurance Company S.A. sowie Rückversicherer einverstanden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zu der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Vertragsangelegenheiten dient.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei

Lloyd's Versicherer London,
Niederlassung für Deutschland,
Taunusanlage 11, D-60329 Frankfurt.

Sie können jederzeit Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter

Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers

1. Generelles

Dieser Versicherungsantrag dient als Grundlage für die Ausarbeitung des Versicherungsvertrages. Wenn der Anzeigepflichtige bei Abschluss des Vertrages eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt hat (Verschweigen), so ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt.

2. Verantwortlichkeit für den Antrag

Bitte prüfen Sie die Angaben, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder anderen Schriftstücken für Sie gemacht haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst können Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden.

3. Weitere gemeinsame Schlusserklärung

An diesen Antrag halte ich mich einen Monat gebunden.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Ich weiß, dass der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Alle für die Versicherer bestimmten Anzeigen und Willenserklärungen sind schriftlich abzugeben. Eine Kopie des Antrags liegt mir vor.

Ort/Datum

zu versichernde Person /gesetzlicher Vertreter

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

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

Biometric Underwriting GmbH, Baumwall 7, D-20459 Hamburg, info@biometric-underwriting.de

2. Widerrufsfolgen

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

3. Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits bei den Versicherern bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich habe vor der Antragstellung die „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“ erhalten.

☐ ja ☐ nein

Ich habe die „Wichtige Mitteilung über die Folgen des Zahlungsverzuges der Erstprämie oder Einmalprämie“ erhalten.

☐ ja ☐ nein

Ich habe vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsunterlagen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung baufi BU/CollectPlus, das Produktinformationsblatt, das Versichererinformationsblatt sowie die Beitragsübersicht erhalten.

☐ ja ☐ nein

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter

Gleichzeitig erteile ich der Biometric Underwriting GmbH die Erlaubnis, bei Beginn und während der Vertragslaufzeit den Versicherer zu wechseln, sofern die ursprünglichen Voraussetzungen (Beitrag und Bedingungen) gleich oder besser sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter
-----------	---

Ort/Datum	Unterschrift Vermittler / Makler
-----------	----------------------------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die Biometric Underwriting GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von Biometric Underwriting GmbH auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalender-tagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger	Biometric Underwriting GmbH
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE 86ZZZ00002095173
Mandatsreferenz	wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw. Kontonummer

BLZ

Die Biometric Underwriting GmbH wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum Unterschrift(en)