Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir? § 1
Was ist Krebs im Sinne dieser Bedingungen? § 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? § 3
Wann beginnt der Versicherungsschutz? § 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt? § 5
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? § 6
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 7
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? § 8
Wer erhält die Leistung? § 9

Beitrag

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? § 10
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 11

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen? § 12
Wann endet Ihr Versicherungsschutz? § 13
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages mit Ihrem Beitrag verrechnet? § 14

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen? § 15
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? § 16
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? § 17
Wo ist der Gerichtsstand? § 18
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? § 19

§ 1
Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Krebserkrankungen

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine Krebserkrankung gemäß § 2 ein, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme als Einmalleistung. Der Vertrag endet mit Auszahlung der Versicherungsleistung.

Auslösen des Leistungsanspruchs

(2) Maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts der Krebserkrankung ist die erstmalige gesicherte ärztliche Diagnose. Die Diagnose gilt dann als gesichert, wenn die Erkrankung anhand klinischer Parameter und dem Gesamtbild aller vorliegenden Befunde belegt wurde und unverzüglich mit einer krankheitsspezifischen Therapie begonnen werden könnte. Die Diagnose ist dabei von einem Facharzt zu stellen, in dessen Fachgebiet die Erkrankung fällt.

(3) Ein Leistungsanspruch entsteht auch, wenn bei der versicherten Person vor Beginn der Versicherung bereits eine oder mehrere Krebserkrankungen gemäß § 2 festgestellt wurden und neben der ärztlichen Diagnose der aktuell aufgetretenen Krebserkrankung gemäß § 2 zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

a. Von dem behandelnden Facharzt/den behandelnden Fachärzten, in dessen/deren Fachgebiet die vorbestandene Krebserkrankung fiel, liegt eine Bestätigung über eine Heilung der vorbestandenen Krebserkrankung vor.

b. Es liegt ein Nachweis des behandelnden Facharztes/der behandelnden Fachärzte, in dessen/deren Fachgebiet die vorbestandene Krebserkrankung fiel, vor, dass seit mindestens fünf Jahren mit den üblichen Methoden keine Tumorreste mehr nachweisbar waren und keine Krankheitszeichen mehr bestanden haben.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

(4) Dieser Versicherungsschutz besteht weltweit.

(5) Es wird weder eine Ablauf- noch eine Todesfallleistung erbracht.

Einschränkungen Ihres Versicherungsschutzes

(6) Einschränkungen und Ausschlüsse des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den §§ 2 und 5 dieser Bedingungen.

§ 2
Was sind Krebserkrankungen?

Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst das Vorliegen einer bösartigen (malignen) Raumforderung (Tumor), die durch unkontrolliertes Wachstum entarteter Zellen, Eindringen in umgebendes Gewebe und der Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist.

Ebenso gelten auch Leukämien und maligne Knochenmarkserkrankungen sowie maligne Lymphome (Non-Hodgkin-Lymphome und Morbus Hodgkin) als Krebs im Sinne dieser Bedingungen.

Für die Leistung muss ein nach zum Zeitpunkt der Leistungspflicht aktuellen medizinischen Behandlungsleitlinien bei Eintritt des Versicherungsfalls eindeutiger Befund (histologisch, gegebenenfalls zytologisch/immunhistochemisch/zytogenetisch) der bösartigen Tumorerkrankung vorliegen.

Einschlüsse:

a) Ebenfalls leistungsauslösend sind gutartige Tumore des Gehirns mit mindestens Grad II laut WHO Klassifikation (Stand 2016); das Vorliegen des Hirntumors muss durch ein MRT oder ein CT mit Kontrastmittel nachgewiesen werden.

b) Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor bei Vorliegen von myelodysplastischen Erkrankungen, die gemäß des IPSS-R (International Prognostic Scoring System – Revised) in die Risikogruppe hoch und sehr hoch eingeordnet werden.

Ausschlüsse:

a) Wurde das Vorliegen einer Krebserkrankung ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen, zum Beispiel durch den Nachweis von Tumormarkern oder Tumor-DNA im Blut, so genügt dies als Leistungsvoraussetzung nicht.

b) Nicht versichert ist eine Krebserkrankung, zu der bereits vor Antragstellung eine Verdachtsdiagnose gestellt wurde und zu der keine weitere ärztliche Abklärung erfolgt ist.

c) Nicht als Krebs im Sinne dieser Bedingungen gelten folgende Frühstadien von Krebserkrankungen:

- Non-Hodgkin-Lymphome, wenn gemäß den aktuellen Behandlungsleitlinien weder eine Strahlen- noch eine systemische antineoplastische Chemo- oder Immuntherapie erforderlich ist
- Maligne Knochenmarkserkrankungen, wenn gemäß den aktuellen Behandlungsleitlinien weder eine Strahlen- noch eine systemische antineoplastische Chemo- oder Immuntherapie erforderlich ist
- Prostatakarzinom im Stadium I (8. Auflage UICC 2017) sowie Prostatakarzinom aller Stadien mit alleiniger Hormontherapie oder alleinigem "watchful waiting" (beobachtendem Abwarten)
- Alle Formen von Hautkrebs ohne Metastasierungstendenz; malignes Melanom bis Stadium IB, Klassifikation erfolgt auf der Basis der TNM und der AJCC-Kriterien von 2016
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom im Stadium bis zu pT1aN0M0 (8. Auflage UICC 2017)
- Präkanzerosen, unter anderem CIN 1 bis CIN 3 (zervikale intraepitheliale Neoplasie) des Gebärmutterhalses (Cervix uteri, Leukoplakie der Mundschleimhaut, aktinische Keratose, familiäre Polyposis (FAP)
- Bösartige Tumoren des Magen-Darm-Traktes, welche im Rahmen einer endoskopischen Therapie ohne Notwendigkeit einer nachgeschalteten antineoplastischen Therapie oder operativen Therapie komplett entfernt wurden (zum Beispiel Kolonkarzinom pT1aM0N0 SM1 low Risk), auch als Zufallsbefund (zum Beispiel Koloskopie mit Abtragung eines Polypen)
- Alle anderen Tumorerkrankungen im UICC-Stadium I (8. Auflage UICC 2017), wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine systemische antineoplastische Chemo- oder Immuntherapie erforderlich ist

Wartezeit

Für den Versicherungsschutz für Krebs besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

§ 3
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und gegebenenfalls an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (siehe Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (siehe Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (siehe Absatz 4).

Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

(2) Dazu erklären wir Ihnen

a) aus welchen Quellen die Überschüsse stammen,

b) wie wir mit diesen Überschüssen verfahren und

c) wie Bewertungsreserven entstehen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags ergeben sich hieraus noch nicht.

a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen,
- dem Risikoergebnis und
- dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Kapitalerträge
Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Krebsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Erkrankungsrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher bei einer Krebsversicherung keine Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

Risikoergebnis
In der Krebsversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Krankheitsrate niedriger ist als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Krebsfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

Übriges Ergebnis
Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, zum Beispiel Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung

bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da in der Krebsversicherung keine Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine Bewertungsreserven.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) Die Beteiligung Ihres Vertrags an den nach Absatz 2 ermittelten Überschüssen erfolgt nach folgenden Regelungen:

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (zum Beispiel Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die Ihnen genannt wurde. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(b) Sie erhalten für eine beitragspflichtige Versicherung mit jedem fälligen Beitrag einen laufenden Überschussanteil. Dieser wird jeweils in Prozent des Bruttobeitrags – ohne Berücksichtigung von Erschwerungszuschlägen – bemessen und mit den laufenden Beiträgen entsprechend ihrer Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) verrechnet (**Vorwegabzug**).

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Erkrankungsrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0 Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

Weitere Erläuterungen zur Entstehung von Überschüssen und Bewertungsreserven sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

§ 4
Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und Sie das zu vertreten haben (siehe § 10 Absätze 3 und 4 und § 11).

§ 5
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Leistungsfall beruht. Zusätzlich zu den in § 2 genannten Gründen besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Leistungspflicht verursacht ist:

(1) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Wir werden jedoch leisten, wenn der Eintritt der Krebserkrankung bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(2) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(3) als Folge von Alkohol-, Drogen-, Rauschmittel-, Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch. Wir werden jedoch leisten, wenn die Medikamente, die zur Abhängigkeit geführt haben, durch einen Arzt verschrieben und unter dessen Anleitung eingenommen wurden.

§ 6
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) **Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.** Dies sind insbesondere Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie oder für die versicherte Person als Repräsentant beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- **vom Vertrag zurücktreten,**
- **den Vertrag kündigen,**
- **den Vertrag rückwirkend anpassen oder**
- **den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten**

können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere 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 Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 12 um.

Rückwirkende Vertragsanpassung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer rückwirkenden Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die rückwirkende Vertragsanpassung hinweisen.

Verzicht auf die Rechte des Versicherers

(13) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unsere Rechte gemäß § 19 VVG zur Kündigung nach Absatz 8 und Vertragsanpassung nach Absatz 12.

Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

(14) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(15) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(16) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(17) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(18) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben arglistig beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der **versicherten Person** oder einer anderen Person (siehe Absätze 2 und 3), können wir **Ihnen** gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 17 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(20) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(21) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 7
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Mitwirkungspflichten). Sie oder die versicherte Person müssen diese beachten, wenn eine Leistung verlangt wird. Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person zur Prüfung unserer Leistungspflicht bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

(1) Wird eine Leistung aus dieser Versicherung beansprucht, muss uns auf Kosten des Anspruchserhebenden zur Feststellung unserer Leistungspflicht die gemäß § 1 gesicherte Diagnose mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen und Befunden (klinisch, radiologisch, histologisch, zytologisch) mitgeteilt werden.

(2) Bei Vorliegen eines gutartigen Gehirntumors gemäß § 2 muss die Erkrankung durch ein MRT oder ein CT mit Kontrastmittel nachgewiesen werden.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen über den aktuellen und früheren Gesundheitszustand durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(4) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, sind uns zum Nachweis der Krebserkrankung die in Absatz 1 genannten Unterlagen auf Kosten des Anspruchserhebenden in deutscher Sprache einzureichen.
Wenn wir Untersuchungen der im Ausland lebenden versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte in Deutschland verlangen (siehe Absatz 3), tragen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten.

(5) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalls zu erteilen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Überdies hat die versicherte Person auch die Möglichkeit, die für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Daten selbst einzuholen und uns zu übergeben. Dabei werden wir der versicherten Person den zeitlichen Umfang, den Inhalt und den Zweck der zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Datenerhebung mitteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Ein Widerspruch kann dazu führen, dass Ihre Mitwirkungspflicht gemäß Absatz 1 bis 3 und § 1 verletzt wird oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung

erforderlichen Unterlagen vorliegen, somit eine mögliche Leistung nicht fällig wird.

(6) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung und zum Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine schuldhafte Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(7) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundenen Kosten und die damit verbundene Gefahr.

(8) Wenn der Anspruchserhebende eine der genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllt, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine schuldhafte Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

§ 8
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Abschluss der Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns hinzugezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

§ 9
Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Somit bestimmen Sie ausdrücklich, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Das Einräumen eines Bezugsrechts (siehe Absatz 2) ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn es uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. -

§ 10
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung sind durch monatliche Beitragszahlungen (Monatsbeiträge) zu entrichten. Fälligkeitstag ist für den ersten Beitrag der Versicherungsbeginn und für etwaige Folgebeiträge jeweils der Erste eines Monats.

(2) Nach Vereinbarung können Sie die Monatsbeiträge auch vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus zahlen.

(3) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode gemäß Absatz 2 fällig. Die Versicherungsperiode umfasst ausgehend vom Ende der Versicherungsdauer bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr. Fällt der Versicherungsbeginn nicht mit dem Beginn der Versicherungsperiode zusammen, wird zum Versicherungsbeginn gegebenenfalls ein anteiliger Beitrag bis zum Beginn der folgenden Versicherungsperiode fällig. Ihr Widerrufsrecht gemäß §§ 8 und 152 VVG bleibt hiervon unberührt.

(4) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 1) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(5) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(6) Bei Tod der versicherten Person oder Eintritt des Leistungsfalls (siehe § 1) erstatten wir einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Beitragsteil zurück.

(7) Auf Beiträge zu Krebsversicherungen wird nach deutschem Steuerrecht keine Versicherungsteuer erhoben. Für den Fall, dass Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort (in der Regel der Hauptwohnsitz) in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegen, in dem nach geltendem Recht auf die Beiträge der bestehenden Krebsversicherung Versicherungsteuer anfällt, müssen wir diese an die jeweiligen Länder abführen. Der so entstandene Steueraufwand ist durch Sie zusätzlich zu tragen und wird von uns bei Ihnen eingefordert.

§ 11
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
- wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

§ 12
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(1) Sie können jederzeit in Textform verlangen, zum Schluss eines Monats von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Im Falle der Befreiung der Beitragszahlungspflicht ändert sich die Höhe der vereinbarten Leistung, welche wir auf eine beitragsfreie Leistung herabsetzen. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation
- für den Schluss des laufenden Monats.

Die Regelungen gemäß § 1 und § 2 ändern sich nicht.

(2) Eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die beitragsfreie Leistung die in den Tarifbestimmungen genannte Mindestleistung erreicht. Wird die Mindestleistung nicht erreicht, endet Ihr Vertrag, ohne dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird.

(3) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung leistungsberechtigt, bleiben Ansprüche aufgrund eines bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Leistungsfalls unberührt.

Kündigung

(4) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss eines Monats in Textform kündigen.

(5) Mit Ihrer Kündigung (siehe Absatz 4) erlischt Ihre Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt.

Keine Beitragsrückzahlung

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie in keinem der vorgenannten Fälle verlangen. Sofern Sie jedoch über den Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung beziehungsweise der Beitragsfreistellung hinaus Beiträge gezahlt haben, werden wir diese erstatten.

Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls

(7) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus Ihrem Vertrag werden durch Ihre Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn der Leistungsfall bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert kommt nicht zur Auszahlung.

§ 13
Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet automatisch,

- wenn die versicherte Person aus einem Unternehmen, welches unter den Geltungsbereich des Kollektivversicherungsvertrages fällt, ausscheidet.
- mit Eintritt des Versicherungsfalls und Auszahlung der Versicherungsleistung (siehe § 1 Absatz 1).
- wenn die versicherte Person stirbt.
- mit Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.

§ 14
Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten.
Die **Abschlusskosten** umfassen die Einrichtung der Versicherungen sowie Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss stehen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

(2) Die Kosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt.

§ 15
Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts und Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (zum Beispiel Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. Wenn dies nicht Ihre aktuelle Anschrift ist, gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absenden des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

§ 16
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen,
- Rückläufer im Lastschriftverfahren,
- Durchführung von Vertragsänderungen,
- die individuelle Entbindung von der Schweigepflicht,
- Einwohnermeldeamtsanfragen.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

§ 17
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 18
Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in das Ausland, einen Staat außerhalb der Europäischen Union sowie außerhalb Islands, Norwegens und der Schweiz, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland verlegen.

§ 19
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

(2) Sollten Sie Anlass zu einer Beschwerde über uns haben, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Bitte wenden Sie sich schriftlich an den

Vorstand der
DEVK-Lebensversicherung
Riehler Straße 190
50735 Köln

oder die

DEVK-Versicherungen
Ressort Qualitätsmanagement
Riehler Str. 190
50735 Köln

oder melden Sie sich online über unser Kontaktformular unter

www.devk.de/kundenservice/streitbeilegung.

Wir werden Ihre Beschwerde vorrangig voraussichtlich innerhalb von fünf Arbeitstagen und soweit möglich telefonisch bearbeiten. Können wir Ihre Beschwerde ausnahmsweise nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bearbeiten, teilen wir Ihnen als Beschwerdeführer schriftlich die Gründe für die Verzögerung und unsere voraussichtliche Bearbeitungsdauer mit.

Versicherungsombudsmann

(3) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Telefon: 0800 3696000 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)
Fax: 0800 3699000 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

(4) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform der Europäischen Kommission wenden:

http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(5) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Das Beschwerdeverfahren bei der BaFin ist für Sie kostenfrei. Die Aufsichtsbehörde prüft, ob wir die vereinbarten Vertragsbedingungen und rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Die BaFin ist aber keine Schiedsstelle und kann somit einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

(6) Wichtig für Sie ist: Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von der Wahl der zuvor genannten Beschwerdemöglichkeiten unberührt. Welches Gericht für Klagen gegen uns zuständig ist, können Sie diesen Bedingungen unter „Wo ist der Gerichtsstand?“ entnehmen.