

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

zur Arbeitseinkommensverlustversicherung für die SparkassenCard PLUS oder Kreditkartenkonten mit variabler Versicherungssumme

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen Ihrem kontoführenden Kreditinstitut (nachfolgend als „Kreditinstitut“ bezeichnet) und uns (Versicherer) gelten. Ihr Kreditinstitut ist Versicherungsnehmer des mit uns abgeschlossenen Rahmen- bzw. Gruppenversicherungsvertrages, der auch für Sie als versicherte Person verbindlich ist. Ihr Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Beitrittserklärung (beides im Folgenden einheitlich als Versicherungsantrag bezeichnet; das gilt auch, wenn der Versicherungsantrag bzw. die Beitrittserklärung in dem Kontoantrag oder den Antrag für die Einrichtung einer Kreditlinie etc. integriert ist).

§ 1 Was und wer ist versichert?

1. Aus der Inanspruchnahme eines Kreditrahmens in Verbindung mit der SparkassenCard PLUS oder einem Kreditkartenkonto ergeben sich für den Kontoinhaber Zahlungsverpflichtungen, die dieser aus seinem Arbeitseinkommen erfüllt. Der Zweck dieser Versicherung besteht darin, den Kontoinhaber im Falle des Verlustes seines Arbeitseinkommens von den Zahlungsverpflichtungen zu entlasten. Versichert sind die im Versicherungsantrag vereinbarten Risiken.
2. Versicherungsnehmer und Beitragsschuldner dem Versicherer gegenüber ist das Kreditinstitut. Die versicherte Person ist der Kontoinhaber der SparkassenCard PLUS oder des Kreditkartenkontos. Bei mehreren Kontoinhabern gilt der im Versicherungsantrag bestimmte Kontoinhaber als versicherte Person.

§ 2 Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die ProTect Versicherung AG mit Sitz in Düsseldorf.

§ 3 Welche Personen sind versicherbar?

Versicherbar sind Personen, sofern tariflich nichts anderes vorgesehen ist, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a. eine SparkassenCard PLUS oder Kreditkartenkonto bei dem Versicherungsnehmer unterhalten und
- b. bei Antragstellung mindestens 18 Jahre und höchstens 64 Jahre alt sind, wobei das Eintrittsalter der versicherten Person sich aus dem Unterschied zwischen Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und Geburtsjahr ergibt, sowie
- c. innerhalb der Bundesrepublik Deutschland einer Erwerbstätigkeit nachgehen oder aber ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (gemäß § 30 Abs. 3 SGB I) in der Bundesrepublik Deutschland haben und in einem Anrainerstaat einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Grenzgänger).

§ 4 Welche Leistungsarten können vereinbart werden und welche Leistungen erbringen wir?

1. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Die Leistungsarten, die vereinbart werden können, sind in den §§ 5 – 7 beschrieben. Die mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsantrag. Gegen Arbeitsunfähigkeit sind alle erwerbstätigen Personen im Sinne von § 3 c) versicherbar. Zusätzlich sind Beschäftigte im Sinne des § 6.1 ausschließlich gegen Arbeitslosigkeit versicherbar, alle anderen Personen ausschließlich für Leistungen aus der Absicherung von Dread Disease im Sinne des § 7.1. Letzteres ist auch der Fall, wenn die Voraussetzungen der Versicherbarkeit gegen Arbeitslosigkeit nach Versicherungsbeginn entfallen.
2. Welche Leistungen erbringen wir?
Die Versicherungssumme entspricht dem negativen Saldo des versicherten Kontos am Tag vor Eintritt des Versicherungsfalls, höchstens jedoch 50.000 €. Sofern eine monatliche Versicherungsleistung vorgesehen ist, beträgt diese 5 % der Versicherungssumme. Die monatliche Versicherungsleistung ist auf 2.000 € je Monat begrenzt.

§ 5 Arbeitsunfähigkeit

§ 5.1 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und wann gilt ein Versicherungsfall als eingetreten?

1. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nicht mehr ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht.
2. Als Eintritt des Versicherungsfalls und Beginn der Arbeitsunfähigkeit gilt der Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit von einem in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung bescheinigt worden ist

§ 5.2 Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Fall der Arbeitsunfähigkeit und ab welchem Zeitpunkt wird die Leistung erbracht?

1. Sollte die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes arbeitsunfähig werden, zahlen wir nach Ablauf einer Karenzzeit von 42 Tagen für jeden darüber hinausgehenden Monat der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit eine monatliche Versicherungsleistung (§ 4 Nummer 2). Besteht die Arbeitsunfähigkeit keinen weiteren vollen Monat, so wird die monatliche Versicherungsleistung anteilig gezahlt.
2. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall ist beschränkt auf 24 Monate während der Dauer der Versicherung. Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt fort dauert.

3. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

§ 5.3 Was gilt bei mehrfacher Arbeitsunfähigkeit?

1. Mehrfache Arbeitsunfähigkeit ist versichert. Die Höchstleistungsdauer ist § 5.2 Nummer 2 zu entnehmen.
2. Im Falle einer erneuten Arbeitsunfähigkeit zahlen wir gemäß § 5.2 Nummer 1 nach einer Karenzzeit von 42 Tagen. Wir verweisen auf die Beachtung der Leistungseinschränkungen nach § 5.4.

§ 5.4 In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten und in Satz 3 namentlich benannten schweren Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsunterzeichnung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate nach Antragsunterzeichnung eintritt und mit einer schweren Erkrankung gemäß Satz 1 in ursächlichem Zusammenhang steht.
Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Klausel sind ausschließlich: Krebserkrankung, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Angina Pectoris, Hirninfarkt, Hirnblutung, Epilepsie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus Typ I und II, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, allergisches Asthma und Asthma bronchiale, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis A, B, C, Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Meniskusrisse, Gonarthrose, Koxarthrose, Gelenkschaden mit Implantateinsatz, Fibromyalgie.
2. Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:
 - a. Krankheiten, Kräfteverfall und Selbstverletzungen, die auf Vorsatz beruhen, sowie versuchte Selbsttötung und vorsätzlich herbeigeführte Unfälle einschließlich deren Folgen. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - b. Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht, als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt oder durch innere Unruhen verursacht wurden, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - c. Krankheiten und Unfallfolgen durch Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder die auf eine durch Alkohol- oder Drogengenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - d. Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
 - e. psychische Krankheiten oder geistige oder nervliche Störungen;
 - f. chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden;
 - g. die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - h. Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges, bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
 - i. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Außerdem sind Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit während des gesetzlichen Mutterschutzes sowie der Elternzeit ausgeschlossen.

§ 6 Arbeitslosigkeit

§ 6.1 Welche Tätigkeiten sind im Rahmen einer Beschäftigung versichert?

Eine versicherte Beschäftigung im Rahmen dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung, Freistellung bzw. der Aufhebung des Arbeitsverhältnisses länger als 6 Monate bei ein und demselben Arbeitgeber einem bezahlten und unbefristeten Arbeitsverhältnis von mindestens 15 Stunden pro Woche nachgeht. Es besteht

somit z. B. kein Versicherungsschutz, sofern die Kündigung innerhalb der sechsmonatigen Probezeit ausgesprochen wird. Das Arbeitsverhältnis muss der Beitragspflicht zur Agentur für Arbeit¹ unterliegen. Ausgeschlossen sind Arbeitsverhältnisse, die gegen § 99 SGB IV (Pflicht des Beschäftigten zur Vorlage bzw. Mitführung des Sozialversicherungsausweises) i.V.m. § 1 Abs. 2 SchwarzArbG verstoßen.

Keine versicherten Beschäftigungen sind:

- Saisonarbeiten;
- projektgebundene Arbeiten, für die die versicherte Person speziell ange stellt wurde;
- Ausbildungszeiten.

§ 6.2 entfällt

§ 6.3 Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen und wann gilt ein Versicherungsfall als eingetreten?

- Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer versicherten Beschäftigung heraus unverschuldet arbeitslos wird und nicht gegen Entgelt tätig ist. Ein Nebeneinkommen gemäß den Regelungen der geringfügig entlohnten Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) zählt nicht als Tätigkeit gegen Entgelt. Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit¹ arbeitslos gemeldet sein und sich aktiv um Arbeit bemühen.
- Der Verlust einer versicherten Beschäftigung muss die Folge einer unverschuldeten Kündigung durch den Arbeitgeber oder unwiderruflichen Freistellung sein. Versichert ist zudem eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichweisen Erledigung des Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung. Der Versicherungsfall gilt entweder mit dem Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung, der unwiderruflichen Freistellung oder mit dem Datum des Abschlusses der Aufhebungsvereinbarung als eingetreten (siehe auch § 9.2). Bei mehreren Ereignissen ist das zuerst eintretende maßgeblich.

§ 6.4 Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Fall der Arbeitslosigkeit und ab welchem Zeitpunkt wird die Leistung erbracht?

- Sollte die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes ihre versicherte Beschäftigung verlieren, zahlen wir nach Ablauf einer Karenzzeit von 60 Tagen, die ab Beginn der Arbeitslosigkeit berechnet wird, für jeden darüber hinausgehenden Monat der ununterbrochenen Arbeitslosigkeit eine monatliche Versicherungsleistung (§ 4 Nummer 2). Besteht die Arbeitslosigkeit keinen weiteren vollen Monat, so wird die monatliche Versicherungsleistung anteilig gezahlt.
- Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall ist beschränkt auf 24 Monate während der Dauer der Versicherung.

§ 6.5 Was gilt bei mehrfacher Arbeitslosigkeit?

- Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Die jeweilige Höchstleistungsdauer ist dem § 6.4 Nummer 2 zu entnehmen.
- Im Falle einer erneuten Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person länger als 6 Monate in einer versicherten Beschäftigung gewesen sein, um einen erneuten Anspruch wegen Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.
- Erfüllt eine Beschäftigung, die unmittelbar einem im Sinne dieser Bedingungen anerkannten Fall der Arbeitslosigkeit folgt, die Voraussetzungen gemäß Nummer 2 nicht, erbringen wir nur Leistungen für die nicht verbrauchte Leistungsdauer (siehe § 6.4 Nr. 2) des vorherigen Versicherungsfalls. Die nicht verbrauchte Leistungsdauer wird um die Dauer der Beschäftigung gekürzt.

§ 6.6 In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es wird keine Versicherungsleistung erbracht, wenn

- die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar auf kriegerische Ereignisse, innere Unruhen, vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten, Kräfteverfall, Selbstverletzung, Unfälle einschließlich deren Folgen, versuchte Selbsttötung und Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) sowie Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zurückzuführen ist oder
- bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig war oder
- die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehepartner, einem eingetragenen Lebenspartner, einem Partner, mit dem die versicherte Person in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, oder einem in direkter Linie Verwandten sowie Verwandten zweiten Grades bzw. bei einem Unternehmen, das von dem zuvor genannten Personenkreis oder von der versicherten Person selbst beherrscht wird (mehr als 25 Prozent der Geschäftsanteile), folgt.

§ 6.7 Wie ist das Verhältnis von Arbeitslosigkeit zu Arbeitsunfähigkeit?

Keine Versicherungsleistung für Arbeitslosigkeit ist zahlbar für die Zeit, in der eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird.

§ 7 Dread Disease

§ 7.1 Was ist Dread Disease im Sinne dieser Bedingungen und wann gilt ein Versicherungsfall als eingetreten?

Dread Disease im Sinne dieser Bedingungen meint das erstmalige Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden schweren Erkrankungen während der Dauer des Versicherungsschutzes:

- Herzinfarkt: Das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard) wegen Verschlusses einer oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen frischen, akut aufgetretenen Infarkt handeln, der durch einen Kardiologen nach den anerkannten Regeln der WHO diagnostiziert wird. Nicht versichert sind stumme Infarkte (Mikroinfarkte) sowie Angina pectoris;
- Schlaganfall: Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen erlittenen Hirninfarkt (Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie) mit dauerhaften Verlust neurologischer Fähigkeiten, die durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen wird. Nicht versichert sind transitorische ischämische Attacken (TIA), reversible (sich zurückbildende) neurologische Defizite und äußere Verletzungen;
- Krebs: Fortgeschrittener und bösartiger Tumor, der sich durch ein eigenständiges, unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung auszeichnet. Die Diagnose Krebs umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen. Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen.

Nicht versichert sind:

- Carcinoma in situ (alle prä-maligne Erkrankungen oder nichtinvasive Krebserkrankungen im Stadium 0, CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen),
 - früher Prostatakrebs mit nach der TNM-Klassifikation T1 a NO MO und T1b NO MO oder einem Gleason Grad von 6 und weniger,
 - papilläres Mikrokarzinom der Schilddrüse und der Blase,
 - maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO, T1b NO MO und T2a NO MO,
 - allen Formen von Lymphomen und Kaposi-Sarkomen bei gleichzeitig vorhandener HIV-Infektion
 - Rezidive (Neuaufreten des Krebses) und Metastasen (Tochtergeschwülste) eines vor Versicherungsabschluss vorbestandene Krebsleidens sowie das Auftreten eines Zweitkrebses, z. B. in einem anderen Organ;
- Irreversibles Nierenversagen: Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden;
 - Transplantation von Hauptorganen: Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantation für Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark. Die medizinische Notwendigkeit muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden. Nicht versichert sind Stammzellentransplantationen;
 - Taubheit: Endgültiger und vollständiger Verlust des Hörvermögens für alle Töne auf beiden Ohren, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden;
 - Blindheit: Endgültiger und vollständiger Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden;
 - Sprachverlust: Endgültiger und vollständiger Verlust der Fähigkeit zu sprechen, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Der Sprachverlust muss für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 Monaten angedauert haben. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden und eine Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder muss vorliegen. Alle psychischen Ursachen sind ausgeschlossen.

Der Versicherungsfall gilt mit dem Zeitpunkt, in dem eine der zuvor genannten ersten Erkrankungen erstmalig diagnostiziert wird als eingetreten, sofern die versicherte Person ab dem Zeitpunkt der Diagnose für einen Zeitraum von mindestens vierzehn Tagen überlebt.

§ 7.2 Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Falle von Dread Disease und ab welchem Zeitpunkt wird die Leistung erbracht?

Sollte die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes erstmalig eine der versicherten schweren Erkrankungen erleiden, zahlen wir, nach Vorlage einer entsprechenden, durch Nachweise belegten fachärztlichen Diagnose die fällige Versicherungssumme (§ 4 Nummer 2). Sofern zugleich mehr als eine der versicherten schweren Erkrankungen diagnostiziert wird, wird die Versicherungssumme nur einmal erbracht.

§ 7.3 In welchen Fällen von Dread Disease ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei einer schweren Krankheit in Folge bzw. verursacht aufgrund einer Leistungseinschränkung gemäß § 5.4.

§ 8 Versicherungsfall

§ 8.1 Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

- Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder dem Kreditinstitut bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- a. Eine Durchschrift des Versicherungsantrags.
 - b. Bei Arbeitsunfähigkeit: Ein durch einen zugelassenen und praktizierenden Arzt erstellter Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung, Beginn der Arbeitsunfähigkeit und deren Ursache(n).
 - c. Bei Arbeitslosigkeit: Eine Bestätigung der Agentur für Arbeit¹ über die dortige Meldung der Arbeitslosigkeit, Kopie des letzten Arbeitsvertrages und eine Kopie des Kündigungsschreibens, aus dem der Kündigungsgrund und der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird, hervorgeht. Sind diese Angaben aus dem Kündigungsschreiben nicht zu entnehmen, so benötigen wir eine entsprechende Bescheinigung des Arbeitgebers gemäß unseres Meldeformulars.
 - d. Bei Dread Disease: Fachärztliche Diagnosen gemäß § 7.1 unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung und über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens sowie die notwendigen Nachweise gemäß den Anforderungen in unseren Meldeformularen.
2. Ansprüche auf die monatlichen Folgezahlungen sind, sofern von uns nicht anders mitgeteilt, innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den die versicherte Person Versicherungsleistung beantragt, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt.

§ 8.2 Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

1. Die gemäß § 8.1 benötigten Unterlagen sind auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen.
2. Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Dabei werden jedoch Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 8.3 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Verletzt die versicherte Person eine Obliegenheit nach § 8.1 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.

Verletzt die versicherte Person eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Versicherungsdauer

§ 9.1 Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn uns eine Ermächtigung auf Abbuchung der Beiträge vorliegt. Vor Abschluss des Versicherungsvertrags, vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Beginn der Versicherung und vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 9.2) besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

§ 9.2 Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

Die Wartezeit für Leistungen wegen Arbeitslosigkeit beträgt 90 Tage; sie beginnt mit dem Datum des im Versicherungsantrag angegebenen Beginns der Versicherung. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf der Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht.

Für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Dread Disease gibt es keine Wartezeit.

§ 9.3 Wann endet die Versicherung oder eines der Risiken?

1. Der Vertrag wird für die Dauer eines Monats abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils einen weiteren Monat, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens 14 Tage vor Ablauf eine Kündigung zugegangen ist. Die versicherte Person kann auch nur die Kündigung des Risikos Arbeitslosigkeit bzw. Dread Disease verlangen, sofern dieses bei Vertragsschluss mit beantragt wurde.
2. Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.
3. Die Versicherung endet ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung wegfällt, u. a. bei:
 - a. Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrags, worunter auch das Wirksamwerden einer vorzeitigen Kündigung nebst Gesamtfälligkeitstellung zu verstehen ist;

- b. Vollendung des 67. Lebensjahr der versicherten Person;
- c. Ableben der versicherten Person.

Darüber hinaus endet die Versicherung mit Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfallversicherung.

Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.

4. Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsvertrages steht dem Versicherer der Beitragsanteil zu, den er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Versicherer vom Beendigungsgrund Kenntnis erlangt hat (§ 80 Abs. 2 VVG).

§ 10 Versicherungsbeitrag

§ 10.1 Wie wird der Versicherungsbeitrag gezahlt?

1. Die Beiträge errechnen sich aus dem durchschnittlichen monatlichen Sollsaldo des versicherten Kontos; der durchschnittliche monatliche Sollsaldo (Außenstand) errechnet sich aus der Summe der tageweise vorhandenen Sollsalden des versicherten Kontos im Kalendermonat, dividiert durch 30. Die Beiträge werden monatlich ermittelt und sind je nach Vereinbarung monatlich oder vierteljährlich nachträglich zu zahlen.
2. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 10.2 Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

Wird ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt oder kann der Betrag nicht eingezogen werden oder wird einer berechtigten Einziehung widersprochen, so erhält der Versicherungsnehmer von uns eine Mahnung. Wird der Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist beglichen, so sind wir im Versicherungsfall von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auf die Rechtsfolgen nach § 38 VVG wird in der Mahnung noch einmal ausdrücklich hingewiesen.

§ 10.3 Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

1. Unter den nachstehenden Voraussetzungen können wir für bestehende Versicherungsverträge mit Wirkung von Beginn der nächsten Versicherungsperiode Beiträge anpassen.

2. Eine Beitragsanpassung führen wir dann durch, wenn aus versicherungstechnischen Gründen eine Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt, mindestens jedoch alle fünf Jahre. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden.

Sofern wir Fehler aus einer ursprünglichen Kalkulation durch diesen Paragraphen beheben möchten oder der Beitrag aus anderen Gründen bereits zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bewusst zu niedrig angesetzt war, ist uns eine Beitragserhöhung nicht gestattet.

Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.

3. Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge anzupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

4. Auf eine Anpassung des Beitrags wird der Versicherungsnehmer (z. B. mit der Beitragsrechnung) hingewiesen, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

Der Versicherungsvertrag kann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung einer Beitragserhöhung in Textform gekündigt oder eine Umstellung auf einen Tarif des Neugeschäftes mit den entsprechenden Bedingungen verlangt werden.

Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrages wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

§ 11 Wann kann der Versicherer den Vertrag ablehnen?

Wir haben das Recht, unverzüglich nach Anmeldung durch den Versicherungsnehmer die Risikoübernahme ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung erlischt der Versicherungsschutz rückwirkend. Ein Versicherungsbeitrag fällt dann nicht an.

§ 12 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Eine gemäß diesen Versicherungsbedingungen zu zahlende Versicherungsleistung erbringen wir an den Versicherungsnehmer als alleinigen unwiderprüflichen Bezugsberechtigten zugunsten des versicherten Kontos.

§ 13 entfällt**§ 14 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?**

1. Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, so können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.
Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers angemessen berücksichtigt.
2. Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen wird der Versicherungsnehmer in Textform hingewiesen. Die neue Regelung nach Nummer 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis über die Änderung und der hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 15 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§ 16 Wo können Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung erhoben werden?

1. Klagen gegen den Versicherer oder Versicherungsvermittler
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung (ZPO) auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz bzw. seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.
2. Klagen gegen den Versicherungsnehmer
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen den Versicherungsnehmer ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz bzw. seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

¹Sofern die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland hat und ihre Erwerbstätigkeit in einem Anrainerstaat gemäß § 3 ausübt, muss die Meldung der Arbeitslosigkeit bei der im jeweiligen Staat zuständigen Behörde erfolgen.

Weitere für Sie wichtige Hinweise

Sollten Sie Fragen oder Beschwerden über uns oder den Versicherungsvertrag haben, können Sie sich an uns, ProTect Versicherung AG, Kölner Landstraße 33, 40591 Düsseldorf, wenden. Sie sollten hierbei genaue Angaben zum Sachverhalt machen, sodass Ihre Fragen oder Beschwerden zügig behandelt werden können.

Der Versicherer ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.: 0800 / 36 96 000, Fax: 0800 / 36 99 000. . Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Sie haben zudem zu jeder Zeit das Recht, Ihre Beschwerde an folgende Stelle zu richten: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Dieses Beschwerdeverfahren lässt Ihre vertraglichen und gesetzlichen Rechte unberührt.

Im Versicherungsfall kontaktieren Sie bitte:

ProTect Versicherung AG
– Abteilung Leistung –
Telefon: 0211 / 41 65 00 59 Für alle Flatratennutzer der kostenlose Weg zur ProTect Versicherung AG.
Telefax: 0211 / 54 41 07 74
E-Mail: leistung@protect-versicherung.de