ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

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:

1. eine SparkassenCard PLUS oder Kreditkartenkonto bei dem Versicherungsnehmer unterhalten und
2. 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.
3. Eine gemäß diesen Versicherungsbedingungen zu zahlende Versicherungsleistung erbringen wir an den Versicherungsnehmer als alleinigen unwiderruflichen Bezugsberechtigten zugunsten des versicherten Kontos.

§ 5 Arbeitsunfähigkeit

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

1. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nicht mehr ausüben kann, und sie auch nicht ausübt.
2. Der Versicherungsfall gilt mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit als eingetreten. 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.
3. Die Arbeitsunfähigkeit ist uns durch eine Bescheinigung eines in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arztes unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung nachzuweisen.

§ 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 rückwirkend eine monatliche Versicherungsleistung (§ 4 Nummer 2). Besteht die Arbeitsunfähigkeit keinen weiteren vollen Monat, so wird die monatliche Versicherungsleistung anteilig gezahlt.
2. Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall ist beschränkt auf 24 Monate während der Dauer der Versicherung.
3. Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß § 4 insgesamt nur einmal erbracht.
4. Der Anspruch auf Versicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit erlischt, wenn die Arbeitsunfähigkeit endet, die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer außerstande ist, ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer anderen Tätigkeit nachzugehen, oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 9.3.
5. 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 andauert.

§ 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, psychische Erkrankungen, 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, Meniskusriss, 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 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. die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
   f. 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 während des Mutterschutzes (vgl. MuSchG § 3 Nummer 2 und § 6 Nummer 1) sowie während der Elternzeit (vgl. BEEG §§ 15 ff.) im dort nach der jeweils gültigen Fassung geregelten zeitlichen Umfang ausgeschlossen.

§ 6 Arbeitslosigkeit

§ 6.1 Welche Tätigkeiten sind im Rahmen einer Beschäftigung versichert?

Ein versichertes Beschäftigungsverhältnis liegt vor, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung, Freistellung bzw. der Aufhebung länger als 6 Monate ohne Unterbrechung bei ein und demselben Arbeitgeber einer unbefristeten Beschäftigung von mindestens 15 Stunden pro Woche nachgeht. Es besteht somit z. B. kein Versicherungsschutz, sofern die Kündigung innerhalb der sechsmonatigen Probezeit ausgesprochen wird. Die Beschäftigung muss der Beitragspflicht zur Agentur für Arbeit[1] unterliegen. Ausgeschlossene Beschäftigungsverhältnisse sind Saisonarbeiten sowie Arbeiten, die eine der in § 1 Abs. 2 Schwarzarbeitsgesetzes genannten Voraussetzungen für Schwarzarbeit erfüllen. Keine versicherten Beschäftigungen sind: Saisonarbeiten; projektgebundene Arbeiten, für die die versicherte Person speziell angestellt wurde; Ausbildungszeiten.

Liegen die Voraussetzungen aus Absatz 1 nicht vor, ist die versicherte Person nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert; der entrichtete Beitrag ist von uns zurückzuzahlen.

§ 6.2 entfällt

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

1. Eine Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ein versichertes Beschäftigungsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder unwiderruflichen Freistellung durch den Arbeitgeber, die nicht in dem Verhalten der versicherten Person begründet liegt, verliert und für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht. Versichert ist zudem eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweisen Erledigung des Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung.
2. Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit[1] arbeitslos gemeldet sein, zur Vermittlung zur Verfügung stehen, sich aktiv um Arbeit bemühen und darf währenddessen nicht gegen Entgelt tätig sein. Ein Nebeneinkommen gemäß den Regelungen der geringfügig entlohnten Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nummer 1 SGB IV) zählt nicht als Tätigkeit gegen Entgelt.
3. Der Versicherungsfall gilt entweder mit dem Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung, der unwiderruflichen Freistellung oder mit dem Datum des Abschlusses der Aufhebungsvereinbarung als eingetreten. 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?

1. 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 rückwirkend eine monatliche Versicherungsleistung (§ 4 Nummer 2). Besteht die Arbeitslosigkeit keinen weiteren vollen Monat, so wird die monatliche Versicherungsleistung anteilig gezahlt.
2. Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
3. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall ist beschränkt auf 24 Monate während der Dauer der Versicherung.
4. Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß § 4 insgesamt nur einmal erbracht.
5. Der Anspruch auf Versicherungsleistung erlischt – auch rückwirkend –, wenn die Arbeitslosigkeit endet, die vereinbarte Leistungsdauer abläuft oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 9.3.
6. 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 fortdauert.

§ 6.5 Was gilt bei mehrfacher Arbeitslosigkeit?

1. Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Die jeweilige Höchstleitungsdauer ist dem § 6.4 Nummer 3 zu entnehmen.
2. 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.
3. 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 Nummer 3) 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

1. 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
2. bei Vertragsabschluss die versicherte Person bereits Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung der versicherten Tätigkeit hatte bzw. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig war oder
3. 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 50 Prozent der Geschäftsanteile), folgt. Hiervon ausgenommen besteht Versicherungsschutz, wenn es sich um eine betriebsbedingte Kündigung handelt und innerhalb von zwei Wochen zumindest ein weiterer Arbeitnehmer ebenfalls von einer solchen Kündigung betroffen ist, bei dem die besonderen Voraussetzungen im Hinblick auf das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des vorhergehenden Absatzes nicht vorliegen.

§ 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:

1. 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;
2. 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;
3. 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 prämaligne 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,
   - papiläres 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 (Neuauftreten des Krebses) und Metastasen (Tochtergeschwülste) eines vor Versicherungsabschluss vorbestandenen Krebsleidens sowie das Auftreten eines Zweitkrebses, z. B. in einem anderen Organ;
4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. 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;
8. 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 ernsten 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?

1. Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen. Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder über den Vermittler bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns die benötigten und durch uns angeforderten Nachweise einzureichen.
2. Ansprüche auf monatliche Folgezahlungen sind innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den eine Versicherungsleistung beansprucht wird, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt. Die benötigten und durch uns angeforderten Nachweise sind mit einzureichen.

§ 8.2 Wer trägt die Kosten für die benötigen Nachweise?

1. Die gemäß § 8.1 benötigten Unterlagen sind auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen.
2. Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, sowie zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen oder ärztliche Untersuchungen verlangen. Dabei werden jedoch etwaige Kosten, die der versicherten Person durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet.

§ 8.3 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

1. Wird eine Obliegenheit nach § 8.1 vorsätzlich verletzt, 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 des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
2. 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.
3. Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Versicherungsdauer

§ 9.1 Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 10 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 9.2).

§ 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 Gesamtfälligstellung 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. Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer 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. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.
2. 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.
3. Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.
4. 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.
5. Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.
6. Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.
7. 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.
8. Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrages wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
2. Eine Änderung der Anschrift ist uns unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls können Nachteile für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person entstehen, da eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.
3. Bei einer Namensänderung gilt Nummer 2 entsprechend.
4. Hält sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, sollte uns eine im In-

land ansässige Person benannt werden, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen entgegenzunehmen.

§ 12 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.
2. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Person angemessen berücksichtigt.
3. Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen weisen wir in Textform hin. Die neue Regelung nach Nummer 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis auf die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 14 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 15 Welches Gericht ist zuständig?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalt hat.

[1]Sofern 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 Flatratenutzer der kostenlose Weg zur ProTect Versicherung AG.
Telefax: 0211 / 54 41 07 74
E-Mail: leistung@protect-versicherung.de