

Allgemeine Vertragsinformationen entsprechend § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes i.V.m. §§ 1 und 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung

- Dieser Versicherung liegt ein Gruppenversicherungsvertrag zwischen der Ikano Bank AB (publ), Zweigniederlassung Deutschland (im folgenden Ikano Bank genannt), Otto-von-Guericke-Ring 15, D-65205 Wiesbaden, Deutschland, (als Versicherungsnehmer) und den in Ziff. 4 und 5 genannten Versicherern zugrunde. Für das Versicherungsverhältnis gelten neben der Beitrittsklärung diese Vertragsinformationen einschließlich der unten aufgeführten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und das Produktinformationsblatt. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen sind dem Produktinformationsblatt und den nachfolgenden Bedingungen zu entnehmen.
 - Die versicherten Risiken einschließlich der Assistance-Leistungen sind unselbstständige Teile und bilden zusammen einen einheitlichen Vertrag. Für das Versicherungsverhältnis gelten neben der Beitrittsklärung diese Vertragsinformationen einschließlich der unten aufgeführten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und das Produktinformationsblatt. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen sind dem Produktinformationsblatt und den nachfolgenden Bedingungen zu entnehmen.
 - Versicherer für die Lebensversicherung ist die Credit Life AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss, mit Sitz in Neuss, Telefon +49 (0) 2131 2010 7065, USt-IdNr. 120683573, Zweigniederlassung Amstelveen, Prof. J.H. Bavinklaan 2, 1183AT Amstelveen, Niederlande, USt-IdNr. NL 8535.15.803.B01 (für die Zweigniederlassung der Credit Life AG)** Die Handelsregisternummer für die Credit Life AG lautet: HRB 9766, eingetragen beim Amtsgericht Neuss. Vorsitzender des Aufsichtsrates: Wilhelm Ferdinand Thywissen. Vorstand: Dr. Arne Barinka, Lutz Bittermann, Christoph Buchbender, Dr. Lothar Horbach, Andreas Schwarz. Hauptbevollmächtigter der Zweigniederlassungen in Amstelveen ist Perry Dizij.
 - Versicherer für die Arbeitsunfähigkeitsversicherung, die Arbeitslosigkeitsversicherung, die Versicherung für Soforthilfe bei Schwerer Krankheit sowie die Assistance-Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ist die RheinLand Versicherungs AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss, mit Sitz in Neuss, Telefon +49 (0) 2131 2010 7065, USt-IdNr. 120683573, Zweigniederlassung Amstelveen, Prof. J.H. Bavinklaan 2, 1183AT Amstelveen, Niederlande, USt-IdNr. NL 8535.16.881.B01 (für die Zweigniederlassung der RheinLand Versicherungs AG)** Die Handelsregisternummer für die RheinLand Versicherungs AG lautet: HRB 1477, eingetragen beim Amtsgericht Neuss. Vorsitzender des Aufsichtsrates: Anton Werhahn. Vorstand: Dr. Arne Barinka, Christoph Buchbender, Dr. Lothar Horbach, Andreas Schwarz. Hauptbevollmächtigter der Zweigniederlassungen in Amstelveen ist Perry Dizij. Beide Gesellschaften sind Unternehmen der RheinLand Versicherungsgruppe mit Sitz in Neuss. Sie betreiben die Versicherung. Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Vertragssprache ist deutsch.
 - Führender Versicherer für die Vertragsbearbeitung und den Zahlungsverkehr - auch im Auftrag und mit Wirkung für die RheinLand Versicherungs AG - ist die Credit Life AG.
 - Das Versicherungsverhältnis kommt mit Unterzeichnung der Beitrittsklärung zum Gruppenversicherungsvertrag und der Bestätigung über die Annahme des Beitritts zustande, sofern die versicherte Person den Beitritt nicht wirksam widerruft (§ 4 AVB).
- Angaben zur Laufzeit des Versicherungsverhältnisses, zu Beendigungsmöglichkeiten, über etwaige Nebengebühren, -kosten und Erstattungsbeträge sind in den unten aufgeführten Versicherungsbedingungen enthalten.
- Die Höhe des Beitrages und Zahlungsbedingungen sind in der Beitrittsklärung aufgeführt.
 - Gesonderte Versicherungsscheine werden nicht ausgestellt; an deren Stelle treten die Beitrittsklärung und die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Versicherung mit vorangestellten Allgemeinen Vertragsinformationen.
 - Allgemeine Hinweise zur geltenden Steuerregelung zur Lebensversicherung (nach Rechtslage bei Vertragsschluss, eine individuelle Steuerberatung nicht ersetzend):
 - Beiträge zu Risikoversicherungen, die nur eine Leistung im Todesfall vorsehen, sind im Rahmen der Höchstbeiträge steuerlich als Sonderausgaben abzugsfähig.
 - Fällige Todesfallleistungen sind den Erben der versicherten Person zuzurechnen.
 - Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die Versicherer gilt der Gerichtsstand Neuss. Ist die versicherte Person eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, falls nicht vorhanden, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Ist die versicherte Person eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die versicherte Person bei dem Gericht erhoben werden, das für deren Wohnsitz oder, falls nicht vorhanden, den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Bei juristischen Personen bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz oder der Niederlassung. Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand Neuss. Beschwerden können an einen der unter Ziff. 3 und / oder 4 genannten Versicherer gerichtet werden.
 - Die Credit Life AG und die RheinLand Versicherungs AG sind zudem Mitglied des Vereins Versicherungsombudsmann e.V. Für Verbraucher besteht daher die Möglichkeit des Streitlichkeitsverfahrens vor dem Versicherungsombudsmann. Beim Versicherungsombudsmann kann eine Beschwerde erhoben werden, beispielsweise unter Telefon: 0800/369 60 00, Telefax: 0800/369 90 00, Anruf / Fax kostenlos. Briefpost: Postfach 080632, 10006 Berlin, Internet: www.verbraucherombudsmann.de. Des Weiteren können Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn (www.bafin.de) gerichtet werden. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt jeweils unberührt.
 - Zur Absicherung der Ansprüche aus Lebensversicherungen besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protoktor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protoktor-ag.de, errichtet ist. Hieran ist die Credit Life AG beteiligt.
 - Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen mindestens der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail); sie werden mit Zugang wirksam.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

§ 1 Was ist versichert?

Alle versicherten Personen sind gegen das Risiko Tod versichert und genießen Versicherungsschutz, sofern gewählt, für das Risiko Arbeitsunfähigkeit sowie für die Assistance-Leistungen für Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Der darüber hinausgehende Versicherungsschutz richtet sich, sofern gewählt, nach dem sozialversicherungsrechtlichen Status der versicherten Person im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles und umfasst entweder das Risiko der Arbeitslosigkeit oder das Risiko der Schweren Krankheit. Während einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (als Arbeitnehmer) oder einer nicht sozialversicherungspflichtigen Betätigung (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) umfasst der Versicherungsschutz das Risiko Arbeitslosigkeit. Übt die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles keine berufliche Tätigkeit im Sinne der hier beschriebenen Deckung bei Arbeitslosigkeit aus, ist anstelle der Arbeitslosigkeit das Risiko der schweren Krankheit versichert.

§ 2 Welche Voraussetzungen müssen bei Beitritt erfüllt sein?

Versichert werden können Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft sind und die bei Beginn des Versicherungsverhältnisses mindestens 18 Jahre alt sind und für das Risiko Tod den 69. Geburtstag bzw. für die Risiken Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit bzw. schwere Krankheit sowie die Assistancen den 64. Geburtstag noch nicht erreicht haben.

§ 3 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Wie lange sind die Wartezeiten für einzelne Risiken?

- Das Versicherungsverhältnis beginnt am selben Tag, an dem die versicherte Person dem Gruppenversicherungsvertrag beigetreten ist, vorbehaltlich des Eingangs des Erstbeitrages.
- Für verschiedene versicherte Risiken tritt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit in Kraft:
 - Für die Risiken Tod, Arbeitsunfähigkeit und schwere Krankheit beginnt der Versicherungsschutz nach einer Wartezeit von 3 Monaten nach Erklärung des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag. Für einen unfallbedingten Versicherungsfall besteht keine Wartezeit.
 - Für das Risiko der Arbeitslosigkeit beginnt der Versicherungsschutz nach einer Wartezeit von 6 Monaten nach Erklärung des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag.
 - Für die Assistanceleistungen besteht keine Wartezeit.

(3) Die Dauer des Versicherungsverhältnisses beträgt einen Monat. Es verlängert sich jeweils um einen Monat, sofern die versicherte Person nicht (ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist) zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber dem Versicherungsnehmer die Kündigung des Versicherungsverhältnisses verlangt hat. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat. Das Kündigungsverlangen ist zu richten an die Ikano Bank AB (publ), Zweigniederlassung Deutschland, Otto-von-Guericke-Ring 15, 65205 Wiesbaden. Eine Beitragsrückzahlung kann nicht verlangt werden. Ein Rückerstattungswert ist nicht vorhanden. Für diese Risikolebensversicherung findet § 169 VVG keine Anwendung. Eine Beteiligung an ggf. entstehenden Überschüssen und an Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) ist ausgeschlossen, § 153 Abs. 1 VVG.

(4) Der Versicherungsschutz endet, wenn: der Gruppenversicherungsvertrag zwischen Credit Life AG/ RheinLand Versicherungs AG und der Ikano Bank gekündigt wird und nicht durch einen anderen Versicherungsvertrag ersetzt wird, der KASH RESERV Vertrag beendet wird, der monatlich fällige Beitrag nicht bezahlt wird, die versicherte Person ihren 70. Geburtstag erreicht oder verstirbt. Der Versicherungsschutz endet ebenfalls bei Erbringung der Einmalleistung wegen schwerer Krankheit mit dem Datum der Erstdiagnose dieser Krankheit. Der Versicherungsschutz für die Risiken Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und die Assistanceleistungen endet bei Eintritt der versicherten Person in den Vorruhestand oder den endgültigen Ruhestand, sowie bei Erreichen des 65. Geburtstages. Bei letzterem endet auch den Versicherungsschutz für das Risiko schwere Krankheit.

§ 4 Wie kann die Beitrittsklärung widerrufen werden?

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- die **Vertragsbestimmungen**, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung**,
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**,
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Die Widerrufsfrist beginnt zudem nicht, bevor Ihnen mindestens eine Woche nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Belehrung über das Widerrufsrecht und das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten erneut in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Credit Life AG und RheinLand Versicherungs AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss, E-Mail: contact-rsv@creditleife.net, Telefax +49 (0) 2131 2010 1 7258.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten: dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 0,- Euro. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungs Zweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise von Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang, dabei ist aus drücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

§ 5 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Die Ikano Bank erhält die aus der Versicherung gezahlte Leistung zur Tilgung der Zahlungsverpflichtungen der versicherten Person. Die Einmalzahlung (im Todesfall und bei schwerer Krankheit) bzw. die monatlichen Zahlungen (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit) werden dem KASH RESERV Vertrag der versicherten Person bei der Ikano Bank gutgeschrieben, so als hätte diese die Zahlung selbst veranlasst. Die Assistenzleistungen werden gegenüber der versicherten Person erbracht.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erbringt der Versicherer eine Versicherungsleistung und wie hoch ist diese?

(a) Die Zahlung von Versicherungsleistungen basiert auf dem ausstehenden Negativsaldo (d. h. der Betrag, den die versicherte Person der Ikano Bank zur vollständigen Tilgung ihrer Schuld zahlen muss, einschließlich der Zahlungsrückstände von max. 3 Monaten, bis zur Höhe des vereinbarten Kreditrahmens) des KASH RESERV Kreditkontos der versicherten Person vom Tag vor Eintritt des Versicherungsfalles. Belastungen des KASH RESERV Kreditkontos nach Erreichen der vorgenannten Zeitpunkte werden für die Berechnung der Leistung aus dem geltend gemachten Versicherungsfall nicht berücksichtigt.

(b) Leistung im Todesfall:

Sollte die versicherte Person vor dem 70. Geburtstag sterben, zahlt der Versicherer den ausstehenden Negativsaldo des KASH RESERV Vertrages vom Tag vor dem Sterbedatum, maximal 50.000 Euro.

(c) Leistung bei Arbeitsunfähigkeit:

(1) Definition: Die versicherte Person hat Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn sie am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit ihren 65. Geburtstag noch nicht erreicht hat, in einem Arbeitsverhältnis steht oder selbstständig tätig ist und ihre bisherige berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(2) Leistung bei Arbeitsunfähigkeit: Die Zahlung der Versicherungsleistung erfolgt nach Ablauf einer Karenzzeit von 42 Tagen vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Für diese ersten 42 Tage werden keine Versicherungsleistungen gezahlt. Danach zahlt der Versicherer monatlich 5 % des ausstehenden Negativsaldos des Kreditkontos der versicherten Person vom Tag vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, monatlich maximal 1.500 Euro, für jede darauf folgende Periode von 30 Tagen, für die die versicherte Person ihre Arbeitsunfähigkeit nachweisen kann.

(3) Die Versicherungsleistung bei Arbeitsunfähigkeit endet, sobald die versicherte Person ihren 65. Geburtstag erreicht, der ausstehende Negativsaldo zurückgezahlt ist, die versicherte Person die Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt (einschließlich Teilzeitbeschäftigung) oder nicht mehr arbeitsunfähig ist, die maximale Versicherungsleistung von insgesamt 36 Monatsraten während der Vertragslaufzeit geleistet wurde, die versicherte Person Anspruch auf die Zahlung von Versicherungsleistungen infolge eines unfreiwilligen Verlustes des Arbeitsplatzes hat oder in den Ruhestand oder Vorruhestand eintritt.

(4) Im Falle eines weiteren Leistungsfalls müssen die Anspruchsvoraussetzungen der vorstehenden Absätze erfüllt sein.

(d) Arbeitslosigkeit

(1) Definition Arbeitslosigkeit bei zuvor abhängig Beschäftigten:

1) Die versicherte Person hat Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn sie zum Zeitpunkt des ersten Tages der Arbeitslosigkeit ihren 65. Geburtstag noch nicht erreicht hat, mindestens die letzten 6 Monate und wenigstens 18 Stunden pro Woche in einem bezahlten, sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis bei ein und demselben Arbeitgeber in der Privatwirtschaft oder als Angestellter des öffentlichen Dienstes gestanden hat, bei der Bundesagentur für Arbeit als beschäftigungslos und aktiv nach einer neuen Arbeitsstelle suchende Person gemeldet ist und Arbeitslosengeld I bezieht.

2) Bei Verlust der Vollzeitbeschäftigung muss die Arbeitslosigkeit Folge einer Kündigung des Arbeitgebers oder einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweise Erledigung eines Kündigungsschutz-Prozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein. Kündigungen, welche die versicherte Person ausgesprochen hat und Kündigungen bzw. Vertragsaufhebungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder während der Wartezeit ausgesprochen werden, begründen keinen Versicherungsfall.

3) Darüber hinaus hat die versicherte Person nicht in einem der folgenden Arbeits- oder Dienstverhältnisse gestanden:

Saisonarbeit, projektgebundene Arbeit, für die die versicherte Person speziell angestellt wurde, Arbeitsverträge während der Probezeit und Ausbildungszeiten, Beamte und Pensionäre, Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst oder sonstigen freiwilligen Diensten, Berufssoldaten, Zeitsoldaten, Angestellte in Teilzeit mit weniger als 18 Stunden pro Woche und Personen, die bei Ehegatten oder in direkter Linie Verwandten beschäftigt sind.

(2) Definition Arbeitslosigkeit bei zuvor Selbstständigen:

1) Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Betätigung (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) ihren Lebensunterhalt erwirtschaftet. Der Lebensunterhalt gilt nur dann als aus selbstständiger Tätigkeit erwirtschaftet, wenn die versicherte Person während der Betrachtungszeit aus dem selben Unternehmen oder Betrieb bei mindestens 2 Einkommenssteuerbescheiden Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit vor Steuern in Höhe von mindestens 40 % der im jeweiligen Steuerjahr gültigen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) erzielt hat.

Die Betrachtungszeit umfasst den Zeitraum vom 1. Januar des vorletzten Kalenderjahres vor Beginn des Versicherungsschutzes bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles.

2) Arbeitslosigkeit bei zuvor Selbstständigen liegt vor, wenn die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes ihre selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund aufgibt, keine andere Tätigkeit gegen Entgelt ausübt, arbeitslos gemeldet ist und aktiv Arbeit sucht. Bei Gewerbetreibenden ist eine Gewerbeabmeldung erforderlich. Ein wirtschaftlicher Grund ist nur dann gegeben, wenn die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person vor Steuern in den letzten 6 Monaten in der Summe geringer als 20 % der im Zeitpunkt der Aufgabe aktuellen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) waren. Eine nur aufgrund von Auftragsmangel vorübergehende und deshalb nicht endgültige Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit ist nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Eine Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen endet in jedem Fall mit Aufnahme einer selbstständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 18 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.

(3) Leistungen bei Arbeitslosigkeit:

1) Die Zahlung der Versicherungsleistung erfolgt nach Ablauf einer Karenzzeit von 3 Monaten. Für diese ersten 3 Monate werden bei Arbeitslosigkeit keine Versicherungsleistungen gezahlt. Danach zahlt der Versicherer monatlich 5 % des ausstehenden Negativsaldos des Kreditkontos der versicherten Person vom Tag vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit, monatlich maximal 1.500 Euro, für jede darauffolgende Periode von 30 Tagen, für die die versicherte Person ihre Arbeitslosigkeit nachweisen kann.

2) Die Versicherungsleistung bei Arbeitslosigkeit endet, sobald: die versicherte Person ihren 65. Geburtstag erreicht, der ausstehende Negativsaldo zurückgezahlt ist, die maximale Versicherungsleistung von insgesamt 24 Monatsraten während der Vertragslaufzeit geleistet wurde, die versicherte Person kein Arbeitslosengeld I mehr bezieht (gilt nur bei zuvor Angestellten), einen Anspruch auf die Zahlung von Versicherungsleistungen infolge einer Arbeitsunfähigkeit hat, die Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt (einschließlich einer Teilzeiterbeschäftigung) oder in den Ruhestand oder Vorruhestand eintritt. Bei einem so genannten „1 Euro“ Arbeitsvertrag wird die versicherte Person noch als arbeitslos betrachtet und hat weiterhin Anspruch auf die Leistungen aufgrund des unfreiwilligen Verlustes des Arbeitsplatzes.

3) Bei befristeten Arbeitsverhältnissen ist die Versicherungsleistung auf die Dauer der Befristung begrenzt und endet mit deren Ablauf.

4) Im Falle eines weiteren Leistungsfalles müssen die Anspruchsvoraussetzungen der vorstehenden Absätze erneut erfüllt sein.

(e) Schwere Krankheit

1) **Definition:** Eine schwere Krankheit liegt vor, wenn bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der folgenden Krankheiten erstmalig diagnostiziert wurde: Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs (unabhängig davon, welches Organ von Krebs befallen ist), Taubheit oder Blindheit.

1. **Schlaganfall:** Versichert ist ein Schlaganfall als eine Schädigung des Gehirns durch einen infolge einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt mit dauerhaften neurologischen Folgeerscheinungen. Nicht versichert sind: Transitorisch ischämische Attacken (TIA), reversible (sich zurückbildende) neurologische Defizite und äußere Verletzungen.

2. **Herzinfarkt:** Versichert ist ein Herzinfarkt als das erste akute Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Nicht versichert sind: Stumme Infarkte (Mikroinfarkte) sowie Angina pectoris.

3. **Krebs:** Versichert ist Krebs als ein bösartiger Tumor, der charakterisiert ist durch eigenständiges, unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenzen (in Gewebe eindringendes Tumorstadium) und Metastasierungstendenzen. Versichert sind insbesondere maligne Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien, Lymphomen und Morbus Hodgkin. Nicht versichert sind: Präkanzerosen (Vorstadien einer Krebserkrankung), Carcinoma-in-situ (Krebs im Frühstadium), zervikale Dysplasien (Vorstadien des Gebärmutterhalskrebses) CIN 1, CIN 2 und CIN 3, alle Hautkrebserkrankungen (maligne (bösartige) Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow sind jedoch versichert), frühe Stadien des Prostatakarzinoms mit einem Gleason Grad von 6 und weniger oder einem Stadium T1N0M0 und T2N0M0, papilläres Mikrokarzinom der Schilddrüse und der Blase, chronisch lymphatische Leukämie mit einem Rai Stadium unter 1, alle malignen (bösartigen) Tumore bei gleichzeitigem Vorliegen einer HIV-Infektion, rezidive (Neuaufreten des Krebses) und Metastasen (Tochtergeschwulste) eines vor Anmeldung bestandenen Krebsleidens sowie das Auftreten eines Zweitkrebses z. B. in einem anderen Organ.

4. **Taubheit:** Taubheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des gesamten Hörvermögens auf beiden Ohren, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann.

5. **Blindheit:** Blindheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann.

(2) Leistung bei schwerer Krankheit:

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, zahlt der Versicherer nach erfolgter Erstdiagnose den zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Sollsaldo der versicherten Person, maximal jedoch 50.000 Euro. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit erbracht und steht diese Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet.

§ 7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Ein Versicherungsfall, der vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeit (siehe § 3 Abs. 2 dieser Versicherungsbedingungen) eintritt, ist nicht versichert.

(2) Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen Arbeitslosigkeit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit. Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen anderer versicherter Risiken.

(3) Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Tod, die Arbeitsunfähigkeit oder die schwere Krankheit verursacht ist:

- a) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten, absichtliche Selbstverletzung oder durch Selbsttötung innerhalb der ersten 3 Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes. Dies gilt jedoch nicht, wenn nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.
- b) durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
- c) durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen),
- d) durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
- e) Kriegsereignisse, Aufruhr, Terrorismus oder innere Unruhen;
- f) durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- g) durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Fahrzeugen (auch nicht-motorisierten wie z. B. Fahrrädern), die die versicherte Person führt, obwohl sie infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen;
- h) durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges sowie bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;
- i) durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- j) mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.

(4) Es besteht kein Leistungsanspruch bei Arbeitslosigkeit, wenn

- a) die Arbeitslosigkeit bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestand
- b) die versicherte Person bei Beginn des Versicherungsschutzes Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses hatte oder ihr die Umstände bekannt waren, die zur Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit führten
- c) die Entlassung oder Kündigung, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bereits eingeleitet oder innerhalb der 3-monatigen Wartezeit schriftlich erklärt wird,
- d) Kündigung aufgrund von Fehlverhalten, insbesondere fristlose Kündigung;

(5) Die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes stellt für sich alleine keine Arbeitslosigkeit bzw. keinen Arbeitslosigkeitszeitraum dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Die maximale Leistungsdauer verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum des Ruhens, sofern die Arbeitslosigkeit entsprechend fort dauert.

§ 8 Welche Assistenzleistungen gibt es?

(1) Während der Dauer des Versicherungsverhältnisses können Personen, die im Rahmen dieser Bedingungen gegen das Risiko **Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit** versichert sind, Assistenzleistungen in Anspruch nehmen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die versicherte Person vorab die Service-Hotline des Versicherers kontaktiert. **Die Service-Hotline zur Inanspruchnahme von Assistenzleistungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit lautet: 02131 2010 7258.**

Die Mitarbeiter der Service-Hotline erbringen die Assistenzleistungen selbst oder durch einen Dienstleister. Kosten für ohne Kontaktierung der Service-Hotline durchgeführte Dienstleistungen werden nicht übernommen, auch wenn diese dem Leistungsumfang dieser Beistandsleistungen entsprechen.

(2) Assistenzleistung bei Arbeitslosigkeit:

a) Allgemeine telefonische Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Assistenzleistungen bei Arbeitslosigkeit ist, dass der versicherten Person der Verlust der Arbeitsstelle droht oder sie ihre Arbeitsstelle bereits verloren hat. Der Verlust der Arbeitsstelle droht insbesondere dann, wenn gegenüber der versicherten Person eine Kündigung ausgesprochen oder konkret angekündigt oder wenn im Unternehmen der versicherten Person der Abbau von Stellen angekündigt wurde. Bei Selbstständigen droht der Verlust der Arbeitsstelle z. B. wenn die Schließung des Betriebes absehbar ist.

b) Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, kann die versicherte Person nachfolgend bezeichnete Organisations-, Vermittlungs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese beinhalten jedoch keine Kostenübernahmen. Kostenübernahmen erfolgen nur dort, wo sie ausdrücklich erwähnt sind und in dem definierten Umfang.

- Allgemeine telefonische Hilfestellung bei Verlust der Arbeitsstelle oder drohendem Verlust der Arbeitsstelle (ohne Berücksichtigung rechtlicher Aspekte);
- Informationen zur Inanspruchnahme staatlicher Hilfestellungen bei Verlust der Arbeitsstelle;
- Analyse von Arbeitszeugnissen der versicherten Person (ohne Berücksichtigung rechtlicher Belange);
- Hilfestellung im Zusammenhang mit Bewerbungsgesprächen;
- Analyse der Bewerbungsunterlagen der versicherten Person;
- Übernahme der Kosten einer arbeits- oder sozialrechtlichen Erstberatung durch einen vom Versicherer vermittelten Rechtsanwalt im Zusammenhang mit dem Verlust der Arbeitsstelle oder dem drohenden Verlust der Arbeitsstelle, auch unter Zuhilfenahme einer Anwalts-Hotline oder eines sonstigen Kooperationspartners, maximal bis zur Dauer einer Stunde;
- Herstellung des Kontakts zu Personalberatungs- oder Zeitarbeitsunternehmen.

Unterstützung bei der Einholung ärztlicher Zweitmeinungen

- Telefonische Erläuterung der Diagnose sowie Therapieansätze nach Einsendung der diagnose-relevanten Unterlagen der versicherten Person;
- Nennung alternativer Ärzte bei Zweifeln über die Richtigkeit der Diagnose;
- Übernahme der Kosten für die Zweitdiagnose inkl. schriftlichem Bericht/Stellungnahme.

Hilfestellung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben

- Feststellung des individuellen Bedarfs, sofern nötig;
- Organisation einer Reha-Maßnahme, eines stationären Aufenthalts, einer Pflegekraft im eigenen Heim, Heil- und Hilfsmitteln, einer psychologischen Betreuung
- Begleitservice zu Ärzten, Ämtern und Behörden
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Organisation des Wohnungsbaus sowie Übernahme von Kosten für Ein- und Umbauten in der Wohnung oder am Arbeitsplatz, sofern der Arbeitgeber zugestimmt hat, bis zu 3.000 €
- Vermittlung von Handwerkern und Werkstätten und Finanzberatern
- Telefonischer Hinweis auf Rechte gegenüber dem Arbeitgeber;
- Herstellen von Kontakten zu Personalberatern und Anwälten;
- Kostenübernahme für eine telefonische juristische Erstberatung, auch unter Zuhilfenahme einer Anwalts-Hotline oder eines sonstigen Kooperationspartners, maximal bis zur Dauer einer Stunde;

Unterstützung für allein lebende Personen bei arbeitsunfähigkeitsbedingter eingeschränkter Mobilität: Vermittlung und Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice bis zu 50 € pro Woche. Einkaufsservice im Sinne dieser Bedingungen ist die Vermittlung einer Einkaufshilfe, die der versicherten Person Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel besorgt, ggf. den Einkaufszettel zusammenstellt und die eingekauften Güter unterbringt. Die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice ist auf 4 Wochen begrenzt.

Unterstützung für Familien mit Kindern bei Krankenhausaufenthalt des Erziehungsberechtigten

- I. Ein Krankenhausaufenthalt im Sinne dieser Bedingungen ist eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung der versicherten Person bzw. ihres Partners in einem Krankenhaus. Der Krankenhausaufenthalt muss mindestens 24 Stunden ununterbrochen fortauern. Ambulante Versorgung oder Behandlung, z. B. ambulante Operationen oder ambulante Untersuchung in einem Krankenhaus gelten nicht als Krankenhausaufenthalt. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten ebenfalls nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus.
- II. Partner ist eine Person, die entweder mit der versicherten Person verheiratet ist oder seit mindestens 12 Monaten in einer eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Lebenspartnerschaft lebt.

III. Kinder im Sinne dieser Bedingungen sind die Kinder der versicherten Person oder ihres Partners (eingeschlossen sind Stiefkinder sowie Adoptivkinder) bis zum Erreichen des 16. Geburtstags, soweit sie wirtschaftlich von der versicherten Person oder ihres Partners abhängig sind und dauerhaft bei jenen wohnen.

IV. Bedarfsanalyse, Entwicklung eines Hilfeplans und Vermittlung von fachlich qualifiziertem Personal durch einen „Familienmanager“.

V. Kostenübernahme für Kinderbetreuung bis zu 500 € pro Krankenhausaufenthalt;

VI. Bei wiederholten Krankenhausaufenthalten aufgrund derselben Krankheit bzw. desselben Unfalls erbringt der Versicherer die versicherte Leistung nur einmal, wenn weniger als 90 Tage zwischen den einzelnen Krankenhausaufenthalten liegen.

Vermittlung und Organisation von Krankentransporten und regelmäßigen Fahrten

Kostenübernahme für längstens einen Monat, insgesamt bis maximal 200 €.

(4) Wenn die versicherte Person aufgrund der definierten Leistungen Kosten spart, die ohne den Eintritt des Versicherungsfalles hätten aufgewendet werden müssen, so kann die Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten gekürzt werden. Wenn die versicherte Person Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung, der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge hat, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der

gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Diese Aufwendungen müssen durch die Einschaltung eines durch den Versicherer beauftragten Dienstleisters entstanden sein. Bestehen Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte oder kann Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, so ist der Versicherungsschutz im Rahmen der vorliegenden Beistandsleistungen ausgeschlossen. Verweigert der Dritte oder der Versicherer die Leistung, so tritt der Versicherer ein und nimmt bei diesem Regress.

§ 9 Welche örtlichen Grenzen gelten für den Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Eine Arbeitsunfähigkeit muss jedoch von einem in Deutschland oder einem anderen Mitgliedsland der Europäischen Union (EU) niedergelassenen Arzt bescheinigt werden. Die Versicherungsdeckung bei einem unfreiwilligen Verlust des Arbeitsplatzes gilt nur bei schriftlicher Kündigung einer in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedsland der EU ausgeübten Erwerbstätigkeit, sofern bei Verlust dieser Erwerbstätigkeit ein Anspruch auf die Zahlung von Arbeitslosengeld besteht.

(2) Die Assistenzleistungen können ausschließlich in Deutschland erbracht werden.¹

§ 10 Wie wird der Versicherungsbeitrag gezahlt?

Der in der Beitrittserklärung angegebene Versicherungsbeitrag für den Versicherungsschutz ist monatlich zahlbar und richtet sich nach der Höhe des durchschnittlichen Negativsaldos des Referenzmonats. Er wird von der Ikano Bank über das angegebene Kreditkonto eingezogen. Der zahlbare Beitrag versteht sich inklusive der gegebenenfalls jeweils gültigen Versicherungsteuer, die automatisch bei einer Änderung angepasst wird.

§ 11 Wie wird ein Leistungsfall gemeldet?

Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Bei Eintritt eines Versicherungsfalles für die Risiken Tod, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder schwerer Krankheit muss die versicherte Person sich umgehend telefonisch oder schriftlich mit der Ikano Bank, **Telefon: 06122-999220, Telefax: 06122-999221** in Verbindung setzen.

(2) Zeigt die versicherte Person den Versicherungsfall schuldhaft nicht unverzüglich an, wird die Versicherungsleistung erstmalig zum Zeitpunkt nach der Anzeige erbracht.

(3) Zur Klärung des Leistungsanspruches sind die folgenden Dokumente erforderlich:

Bei einem Todesfall:

Eine amtliche Sterbeurkunde; ein von einem zugelassenen Arzt ausgestelltes ärztliches Zeugnis über die Feststellung des Todes und die Todesursache.

Bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder schwerer Krankheit:

Das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular zur Schadenmeldung samt der darin angeforderten Unterlagen und Informationen. Der Versicherer benennt, welche Unterlagen und Informationen zur Feststellung des jeweiligen Leistungsfalls im Einzelnen notwendig sind. Das Formular ist von der versicherten Person ausgefüllt und mit allen angeforderten Unterlagen an den Versicherer zurück zu senden.

(4) Die Leistungsprüfung kann erst erfolgen, wenn alle Unterlagen und Informationen vollständig vorliegen. Der Versicherer wird bei Bedarf weitere Unterlagen oder Informationen anfordern.

(5) Sollte eine vertragliche Obliegenheit vorsätzlich verletzt werden, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person bzw. deren Erben. Abweichend davon ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die nicht arglistige Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.