

Versicherungsbedingungen

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE RETSCHULDVERSICHERUNG (RSV) UND VERBRAUCHERINFORMATION CREDITPROTECT

CREDITPROTECT liegen Gruppenversicherungsverträge zwischen der Ikano Bank AB (publ), Zweigniederlassung Deutschland (Versicherungsnehmer) und Cardif zugrunde. Alle versicherbaren Personen, die mit dem Versicherungsnehmer einen Kreditvertrag „Sofortkredit“ mit fest vereinbarten Rückzahlungsraten abschließen, können zu diesen Gruppenversicherungsverträgen angemeldet werden und sind dann im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen als versicherte Personen versichert. Die versicherte Person muss ihren Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 1 Welchen Umfang hat die Restschuldersicherung?

CREDITPROTECT bietet Versicherungsschutz gegen die Risiken Tod, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit bzw. schwere Krankheit. Alle versicherten Personen sind gegen die Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit versichert.

Der weitere Versicherungsschutz richtet sich nach dem jeweiligen sozialversicherungsrechtlichen Status der versicherten Person im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles:

Während einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und einer nicht sozialversicherungspflichtigen Betätigung (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) umfasst der Versicherungsschutz zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit auch das Risiko Arbeitslosigkeit im Sinne von § 7 bzw. § 9, ansonsten umfasst der Versicherungsschutz zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit das Risiko schwere Krankheit im Sinne von § 11.

Versichert sind die in der Anmeldeerklärung genannten Risiken.

§ 2 Was gilt bezüglich des Eintrittsalters?

Versichert werden können Personen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes mindestens 18 Jahre alt sind und für das Risiko Tod das 69. Lebensjahr bzw. für die Risiken Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit bzw. schwere Krankheit das 64. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 3 Wie hoch ist die maximale Versicherungssumme?

Die Höchstversicherungssumme beträgt im Todesfall bzw. im Fall einer schweren Krankheit 50.000,00 €, im Fall der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit ist sie begrenzt auf die monatlich abzuschickende Kreditrate, maximal jedoch 2.150,00 € monatlich.

§ 4 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes zu mindestens 50 % infolge von Krankheit oder Körperverletzung außerstande ist, ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden könnte und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 5 Was gilt für die Beistandsleistungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsversicherung?

Während der Dauer des Versicherungsschutzes der Arbeitsunfähigkeitsdeckung können Beistandsleistungen von Personen in Anspruch genommen werden, die im Rahmen dieser Bedingungen gegen das Risiko Arbeitsunfähigkeit versichert sind.

Weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die versicherte Person vorab die Service-Hotline der Cardif-Versicherungen kontaktiert. Die Mitarbeiter der Service-Hotline erbringen die Beistandsleistungen entweder selbst oder entscheiden über die Einschaltung eines Dienstleisters. Cardif übernimmt keinesfalls Kosten für ohne Kontaktierung der Service-Hotline durchgeführte Dienstleistungen, auch wenn diese dem Leistungsumfang dieser Beistandsleistungen entsprechen.

§ 6 Was ist ein Arbeitnehmer im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitnehmer ist eine versicherte Person, die vor Beginn der ersten Arbeitslosigkeit, die nach Versicherungsbeginn eintritt, oder bei Beginn des Versicherungsschutzes mindestens 12 Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig beschäftigt war und gearbeitet hat. Die wöchentliche Arbeitszeit muss in jedem Fall mindestens 15 Wochenstunden betragen haben. Sie darf weder Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender noch Auszubildender sein. Ausbildungszeiten, Zeiten des Wehrdienstes bzw. Zivildienstes sowie Zeiten des Erziehungsurlaubs gelten nicht als Zeiten einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 7 Wann ist ein Arbeitnehmer arbeitslos im Sinne dieser Bedingungen?

Abweichend von den Definitionen der Sozialgesetzbücher (SGB) oder sonstiger gesetzlicher Definitionen liegt Arbeitslosigkeit vor, wenn die versicherte Person als Arbeitnehmer aus einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis heraus während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos wird und nicht gegen Entgelt tätig ist. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit muss Folge einer Kündigung des Arbeitgebers oder einer Aufhebung des Arbeitsverhältnisses zur ausdrücklichen Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein. Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person außerdem Arbeitslosengeld nach deutschem Recht erhalten und aktiv Arbeit suchen. Andere Leistungen der Agentur für Arbeit, wie z. B. Überbrückungsgeld und Unterhaltsgeld, stellen kein Arbeitslosengeld im Sinne dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen dar. Erhält die versicherte Person wegen fehlender Bedürftigkeit kein Arbeitslosengeld, hindert dies den Leistungsanspruch nicht. Eine Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen endet in jedem Fall mit Aufnahme einer selbstständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.

§ 8 Was ist selbstständige Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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. (Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung 2005: 62.400 € / 2006 und 2007: 63.000 € / 2008: 63.600 € / 2009: 64.800 € / 2010: 66.000 €)

§ 9 Wann ist eine selbstständig tätige Person arbeitslos im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitslosigkeit 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 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.

§ 10 Was gilt für die Beistandsleistungen im Rahmen der Arbeitslosigkeitsversicherung?

Während der Dauer des Versicherungsschutzes der Arbeitslosigkeitsdeckung können Beistandsleistungen von Personen in Anspruch genommen werden, die im Rahmen dieser Bedingungen gegen das Risiko Arbeitslosigkeit versichert sind.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Beistandsleistungen 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. Weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die versicherte Person vorab die Service-Hotline der Cardif-Versicherungen kontaktiert. Die Mitarbeiter der Service-Hotline erbringen die Beistandsleistungen entweder selbst oder entscheiden über die Einschaltung eines Dienstleisters. Cardif übernimmt keinesfalls Kosten für ohne Kontaktierung der Service-Hotline durchgeführte Dienstleistungen, auch wenn diese dem Leistungsumfang dieser Beistandsleistungen entsprechen.

§ 11 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?

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

Versicherungsbedingungen

- 2 -

§ 12 Wie sind die schweren Krankheiten zu definieren?

- 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.
- 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.
- Krebs:** Versichert ist Krebs als ein bösartiger Tumor, der charakterisiert ist durch eigenständiges, unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenzen (in Gewebe eindringendes Tumorwachstum) 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 Prostatakarzinom 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.
- 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.
- 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.

§ 13 Welchen Zeitraum umfasst die Karenzzeit?

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit werden erst erbracht, nachdem die Arbeitsunfähigkeit oder die Arbeitslosigkeit 3 Monate ununterbrochen andauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.

§ 14 Welchen Zeitraum umfasst die Wartezeit?

Versicherungsfälle, die in den ersten 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind nur dann nicht versichert, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang stehen mit der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen*) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde.

*) Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z.B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z.B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.

Versicherungsfälle aufgrund von Arbeitslosigkeit, die innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind für die gesamte Dauer dieser Arbeitslosigkeit nicht versichert.

§ 15 Was gilt bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit und wiederholter Arbeitslosigkeit?

Mehrfache Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Arbeitnehmer vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit länger als 6 Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber mindestens 15 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein, Selbstständige müssen ihre Tätigkeit im Sinne dieser AVB mindestens 24 Monate ausgeübt haben.

§ 16 Wer ist bezugsberechtigt?

Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der Versicherungsnehmer für alle fälligen Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt. Er hat die Leistung mit der Zahlungsverpflichtung der versicherten Person aus dem Kreditvertrag zu verrechnen und darüber hinausgehende Beträge an die versicherte Person bzw. deren Erben auszuzahlen.

§ 17 Was gilt für die Prämien-/Beitragszahlung und wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Schuldner der Versicherungsprämie ist der Versicherungsnehmer. Die Beitragsverpflichtung der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes besteht gegenüber dem Versicherungsnehmer. In der Anmeldeerklärung finden sich Informationen darüber, für welchen Zeitraum, in welcher Höhe und an wen der Beitrag der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes gezahlt werden muss. Die Fälligkeit des Beitrags ist der Vereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer zu entnehmen. Der Beitrag muss entsprechend der Regelung in der Anmeldeerklärung gezahlt werden. Wird eine vereinbarte Erst- oder Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsschutz gefährdet. Die versicherte Person wird in diesem Fall i. S. d. Regelungen der §§ 37, 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Zahlung aufgefordert. Bei Nichtzahlung wird die versicherte Person von den Gruppenversicherungsverträgen abgemeldet.
- Der Versicherungsschutz beginnt mit Eingang der ersten Beitragszahlung beim Versicherungsnehmer. Die Dauer des Versicherungsschutzes beträgt ein Jahr. Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern die versicherte Person nicht drei Monate vorher ihren Austritt erklärt hat.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Kreditvertrages, gleich aus welchem Grund, sowie mit Tod der versicherten Person.
- Der Versicherungsschutz endet außerdem für das Risiko Tod mit Vollendung des 70. Lebensjahres, für die Risiken Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und schwere Krankheit mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person sowie mit dem Tag der Erstdiagnose einer schweren Krankheit, aufgrund derer eine Versicherungsleistung erbracht wird.
- Der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitslosigkeit und der Anspruch auf Versicherungsleistung erlöschen mit Eintritt in den endgültigen Ruhestand einschließlich Vorruhestand.

§ 18 Wann ist ein Versicherungsfall anzuzeigen?

Ein Versicherungsfall ist binnen 3 Monaten nach seinem Eintritt anzuzeigen. Wird Cardif der Versicherungsfall später als 3 Monate nach seinem Eintritt angezeigt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung frühestens mit dem Beginn des Monats der Anzeige.

§ 19 Welche Versicherungsleistung wird erbracht?

- Stirbt die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes, besteht die Versicherungsleistung aus den am Todesdatum ausstehenden Kreditraten der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer. Kreditraten, die die versicherte Person noch selbst hätte erbringen müssen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
- Während der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit der versicherten Person werden alle in dieser Zeit gegenüber dem Versicherungsnehmer fällig werdenden Kreditraten der versicherten Person unter Berücksichtigung der Karenzzeit bezahlt. Bei Arbeitslosigkeit ist die Versicherungsleistung je Versicherungsfall auf maximal 24 Monate begrenzt.
- Nimmt die versicherte Person während eines Versicherungsfalles vor dem Ende der maximalen Leistungsdauer eine befristete Tätigkeit auf und tritt im Anschluss an diese befristete Tätigkeit erneut eine unverschuldete Arbeitslosigkeit ein, nimmt Cardif ohne erneute Anrechnung einer Karenzzeit die Leistungszahlungen aufgrund der Arbeitslosigkeit, die vor Aufnahme der befristeten Tätigkeit bestand, wieder auf, bis die maximale Leistungsdauer erreicht ist. In allen anderen Fällen kann bei befristeten Arbeitsverhältnissen ein Anspruch auf Leistungen nur bestehen, wenn die Arbeitslosigkeit nicht durch Ablauf der Befristung eingetreten ist.
- Beistandsleistungen:

Im nachfolgenden bezeichnete Organisations-, Vermittlungs- und Unterstützungsleistungen beinhalten keine Kostenübernahmen. Kostenübernahmen erfolgen nur dort, wo sie ausdrücklich erwähnt sind und in dem definierten Umfang.

4.1 Liegen die Voraussetzungen des § 10 vor, bestehen diese aus folgenden Leistungen:

- 4.1.1 Allgemeine telefonische Hilfestellung bei Verlust der Arbeitsstelle oder drohendem Verlust der Arbeitsstelle (ohne Berücksichtigung rechtlicher Aspekte);
- 4.1.2 Informationen zur Inanspruchnahme staatlicher Hilfeleistungen bei Verlust der Arbeitsstelle;
- 4.1.3 Analyse der Bewerbungsunterlagen der versicherten Person;
- 4.1.4 Analyse von Arbeitszeugnissen der versicherten Person (ohne Berücksichtigung rechtlicher Belange);
- 4.1.5 Hilfestellung im Zusammenhang mit Bewerbungsgesprächen;
- 4.1.6 Übernahme der Kosten einer arbeits- oder sozialrechtliche Erstberatung durch einen von Cardif vermittelten Rechtsanwalt im Zusammenhang mit dem Verlust der Arbeitsstelle oder dem drohenden Verlust der Arbeitsstelle. Bei der Vermittlung darf Cardif sich einer Anwalts-Hotline oder eines sonstigen Kooperationspartners bedienen;
- 4.1.7 Herstellung des Kontakts zu Personalberatungs- oder Zeitarbeitsunternehmen.

Versicherungsbedingungen

- 3 -

4.2 Liegen die Voraussetzungen des § 5 vor, bestehen diese aus folgenden Leistungen:

- 4.2.1 Fachliche Beratung im telefonischen Erstgespräch
 - 4.2.1.1 Nennung einer Auswahl medizinischer Dienstleister (Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken im Notdienst);
 - 4.2.1.2 Aufklärung über verordnete Medikamente und/oder Behandlungsmethoden;
 - 4.2.1.3 Empfehlungen in Bezug auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.
 - 4.2.2 Telefonischer Erinnerungsservice für chronisch Kranke
 - 4.2.2.1 Als chronisch krank gilt, wer dauerhaft mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Erkrankung auf ärztliche Behandlung angewiesen ist. Die Verordnung von Medikamenten sowie Heil- oder Hilfsmitteln gilt als ärztliche Behandlung im Sinne dieser Bedingungen. Als chronisch krank im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent;
 - 4.2.2.2 Die versicherte Person wird an Medikamenteneinnahme, Arztbesuche, Vorsorgemaßnahmen sowie Behördengänge erinnert.
 - 4.2.3 Unterstützung bei der Einholung ärztlicher Zweitmeinungen
 - 4.2.3.1 Telefonische Erläuterung der Diagnose sowie Therapieansätze nach Einsendung der diagnoserelevanten Unterlagen der versicherten Person;
 - 4.2.3.2 Nennung alternativer Ärzte bei Zweifeln über die Richtigkeit der Diagnose;
 - 4.2.3.3 Übernahme der Kosten für die Zweitdiagnose inkl. schriftlichem Bericht / Stellungnahme.
 - 4.2.4 Hilfestellung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben
 - 4.2.4.1 Feststellung des individuellen Bedarfs, sofern nötig:
 - I. Organisation eines stationären Aufenthalts
 - II. Organisation einer Reha-Maßnahme
 - III. Organisation psychologischer Betreuung
 - IV. Organisation von Heil- und Hilfsmitteln
 - V. Begleitservice zu Ärzten, Ämtern und Behörden
 - VI. Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
 - VII. Organisation einer Pflegekraft im eigenen Heim
 - VIII. Organisation des Wohnungsumbaus sowie Übernahme von Kosten für Ein- und Umbauten in der Wohnung oder am Arbeitsplatz, sofern der Arbeitgeber zugestimmt hat, bis zu 3.000 Euro
 - IX. Vermittlung von Handwerkern und Werkstätten
 - X. Vermittlung von Finanzberatern
 - 4.2.4.2 Telefonischer Hinweis auf Rechte gegenüber dem Arbeitgeber;
 - 4.2.4.3 Herstellen von Kontakten zu Personalberatern und Anwälten;
 - 4.2.4.3 Kostenübernahme für eine telefonische juristische Erstberatung bis 150 Euro.
 - 4.2.5 Unterstützung für allein lebende Personen bei arbeitsunfähigkeitsbedingter eingeschränkter Mobilität:
Vermittlung und Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice bis zu 50 Euro 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
 - 4.2.6 Unterstützung für Familien mit Kindern bei Krankenhausaufenthalt des Erziehungsberechtigten
 - 4.2.6.1 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 fortdauern. 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.
 - 4.2.6.2 Partner ist eine Person, die entweder mit der versicherten Person verheiratet ist oder seit mindestens 12 Monaten in einer eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Lebenspartnerschaft lebt.
 - 4.2.6.3 Kinder im Sinne dieser Bedingungen sind die Kinder der versicherten Person oder ihres Partners (eingeschlossen sind Stiefkinder sowie Adoptivkinder) bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, soweit sie wirtschaftlich von der versicherten Person oder ihres Partners abhängig sind und dauerhaft bei jenen wohnen.
 - 4.2.6.4 Bedarfsanalyse, Entwicklung eines Hilfeplans und Vermittlung von fachlich qualifiziertem Personal durch einen „Familienmanager“.
 - 4.2.6.5 Kostenübernahme bis zu 500 Euro pro Krankenhausaufenthalt
 - 4.2.6.6 Bei wiederholten Krankenhausaufenthalten aufgrund derselben Krankheit bzw. desselben Unfalls erbringen wir die versicherte Leistung nur einmal, wenn weniger als 90 Tage zwischen den einzelnen Krankenhausaufenthalten liegen
 - 4.2.7 Vermittlung und Organisation von Krankentransporten und regelmäßigen Fahrten
 - 4.2.7.1 Kostenübernahme für längstens einen Monat;
 - 4.2.7.2 Kostenübernahme insgesamt bis maximal 200 Euro.
- 4.3 Wenn die versicherte Person oder derjenige, der zusätzliche Beistandsleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, 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 oder derjenige, der zusätzliche Beistandsleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, 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 Cardif nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Diese Aufwendungen müssen durch die Einschaltung eines durch Cardif 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 Cardif ein und nimmt bei diesem Regress.

§ 20 Welche Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht gibt es?

Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Versicherungsfall nicht in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden kann.

1. Versicherungsfälle, die in den ersten 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind nur dann nicht versichert, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang stehen mit der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen*) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde.
*) Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z.B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z.B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.
2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit, die schwere Krankheit bzw. der Tod folgendermaßen verursacht ist:
 - a) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten, absichtliche Selbstverletzung oder durch Selbsttötung innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;
 - b) durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
 - c) durch eine bereits bei Versicherungsbeginn bestehende und bekannte Risikoschwangerschaft, bei der eine Gefährdung der Mutter besteht.
Außerdem stellt die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes unabhängig von Satz 1 für sich alleine keine Arbeitsunfähigkeit bzw. keinen Arbeitsunfähigkeitszeitraum dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Die maximale Leistungsdauer verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum des Ruhens, sofern die Arbeitsunfähigkeit entsprechend fortdauert;
 - d) durch psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, psychosomatische Störungen), es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
 - e) 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;
 - f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

Versicherungsbedingungen

- 4 -

- g) durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - h) 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;
 - i) durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorsegeln, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges sowie bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;
 - j) durch 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;
 - k) mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.
3. Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen Arbeitslosigkeit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit.
4. Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen anderer versicherter Risiken.
5. Eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht versichert. Die erste darauf folgende Arbeitsunfähigkeit ist nur versichert, nachdem die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen und ununterbrochen mehr als 3 Monate ausgeübt hat.
6. Es besteht kein Leistungsanspruch bei Arbeitslosigkeit, wenn
- a) bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war oder
 - b) die Arbeitslosigkeit bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestand oder
 - c) die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht ist oder
 - d) die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten bzw. bei einem Unternehmen, das von einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten beherrscht wird, folgt oder
 - e) 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.
 - f) Außerdem stellt die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes 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.

§ 21 Was ist im Versicherungsfall zu tun (Obliegenheiten)?

1. Das von Cardiff zur Verfügung gestellte Leistungsformular ist ausgefüllt einzureichen.
2. Bei Tod der versicherten Person sind folgende Unterlagen einzureichen:
Eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde und ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
3. Bei Arbeitsunfähigkeit sind folgende Unterlagen einzureichen:
Nachweise der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch ärztliches Attest und ggf. eine Bescheinigung des Arbeitgebers und der Krankenkasse bzw. des Krankenversicherers.
4. Bei Arbeitslosigkeit sind folgende Unterlagen einzureichen:
Bei Arbeitnehmern: Bescheinigungen der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers, Arbeitsvertrag, Kündigungsschreiben sowie das Ergebnis (Urteil/Vergleich) des Kündigungsschutzprozesses.
Bei Selbstständigen: Einkommenssteuerbescheide, durch Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater geprüfte Gewinn/Verlust-Rechnungen, monatliche betriebswirtschaftliche Auswertungen und geeignete Nachweise der selbstständigen Tätigkeit (z.B. Auftragsbestätigungen, Rechnungen, Verträge mit Auftraggebern, Provisionsabrechnungen, Quittungen, Fahrtkostenabrechnungen) sowie der Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit, wie z.B. Gewerbeabmeldungen, Nachweise über die Aufgabe von angemieteten Geschäftsräumen, Nachweise über den Verkauf von beruflich genutzten Gegenständen, etc.
5. Bei schwerer Krankheit sind folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) Bei Herzinfarkt ist ein § 12 Ziffer 1 entsprechender Befund mit folgender Diagnostik einzureichen: typische Brustschmerzen, frische typische EKG-Veränderungen, Erhöhung der herzspezifischen Enzyme, einschließlich CPK-MB. Die Diagnose muss durch einen Internisten/Kardiologen nach den Regeln der WHO angewandten Regeln erstellt werden.
 - b) Bei Schlaganfall ist ein § 12 Ziffer 2 entsprechender fachärztlicher Befund mit bildgebender Diagnostik (z.B. Computertomographie oder Kernspintomographie) einzureichen.
 - c) Bei Krebs ist ein § 12 Ziffer 3 entsprechender histologischer Befund eines Onkologen oder Pathologen einzureichen.
 - d) Bei Blindheit oder Taubheit ist ein entsprechender Facharztbericht mit Angabe der durchgeführten Diagnostik und des erhobenen Befundes einzureichen.
6. Cardiff ist berechtigt, den Leistungsanspruch nachzuprüfen. Insbesondere können die Vorlage von ärztlichen Attesten oder eine Untersuchung der versicherten Person durch einen von Cardiff zu beauftragenden und zu bezahlenden Arzt und Bescheinigungen von Behörden und Arbeitgebern verlangt werden.
7. Durch Nachweise entstehende Kosten trägt die versicherte Person. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.
8. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung oder der Erlangung einer neuen Arbeitsstelle bzw. beruflichen Tätigkeit hinderlich sind.
9. Eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit oder eine neue Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist innerhalb eines Monats ab Kenntnis anzuzeigen.
10. Solange eine Mitwirkungsobliegenheit vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist Cardiff von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Falle der grobfahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist Cardiff berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, wenn die Verletzung Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht hatte. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 22 Was ist bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

Hat die versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, die im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen, so besteht – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG – die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsverhältnis Versicherungsleistungen erbracht werden, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt die versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 23 Wann und wie kann eine Prämienanpassung erfolgen?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie ist Cardiff berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Ermittlung der Veränderung des Schadenbedarfes erfolgt für jedes versicherte Risiko gesondert. Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 24 Hat Cardiff ein Ablehnungsrecht?

Cardiff hat das Recht, unverzüglich nach Anmeldung durch den Versicherungsnehmer die Risikoübernahme ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung erlischt der Versicherungsschutz der versicherten Person rückwirkend. Eine Versicherungsprämie fällt nicht an.

§ 25 Welche Kündigungsmöglichkeiten bestehen?

Die versicherte Person und Cardiff haben das Recht, Versicherungsverhältnisse gegen die Risiken Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit innerhalb eines Monats nach Anerkennung der Leistungspflicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende zu beenden. Die Leistungsdauer eines anerkannten Versicherungsfalles wird durch eine solche Beendigung nicht verkürzt.

§ 26 Was geschieht bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge?

Bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge endet der Versicherungsschutz für jede versicherte Person am Ende des Monats, für den der Versicherungsnehmer noch vor Beendigung der Gruppenversicherungsverträge die Versicherungsprämie gezahlt hat.

Versicherungsbedingungen

- 5 -

§ 27 Gibt es einen Rückkaufswert oder eine Überschussberechtigung?

1. Ein Rückkaufswert der Prämien im versicherungstechnischen Sinne besteht nicht, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung.
2. Die Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 28 Wie müssen Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen, erfolgen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für Cardif bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie Cardif oder, im Falle einer Mitteilung der versicherten Person, dem Versicherungsnehmer zugegangen sind.

§ 29 Welches Recht findet Anwendung und welcher Gerichtsstand besteht?

1. Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
2. Klagen der versicherten Person gegen Cardif Lebensversicherung und Cardif Allgemeine Versicherung, beide Friolzheimer Straße 6, 70499 Stuttgart (jeweils zuständiger Versicherer: siehe § 32), aus dem Versicherungsverhältnis können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klagerhebung ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
3. Klagen gegen die versicherte Person sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk die versicherte Person bei Klagerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt die versicherte Person nach Anmeldung zu den Gruppenversicherungsverträgen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind bei Klagerhebung weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt bekannt, kann die Klage gegen die versicherte Person bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk sich Cardif befindet.
4. Klagen des Versicherungsnehmers gegen Cardif aus den Gruppenversicherungsverträgen können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klagerhebung seinen Sitz hat.
5. Klagen gegen den Versicherungsnehmer aus den Gruppenversicherungsverträgen sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klagerhebung seinen Sitz oder eine Niederlassung hat.

§ 30 Welche Regelungen gelten bezüglich der gerichtlichen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis?

Die versicherte Person kann über ihre Rechte aus der Versicherung verfügen und diese gerichtlich geltend machen.

§ 31 Können Prämienforderungen mit Versicherungsleistungen verrechnet werden?

Cardif ist nicht berechtigt, gegen Ansprüche der versicherten Person mit Prämienforderungen oder anderen gegen den Versicherungsnehmer gerichteten Forderungen aufzurechnen.

§ 32 Wer ist Versicherer?

Versicherer für die Risiken Tod, Arbeitsunfähigkeit und schwere Krankheit ist die Cardif Lebensversicherung Zweigniederlassung für Deutschland der Cardif Assurance Vie (Amtsgericht Stuttgart, HRB 181 82) und für das Risiko Arbeitslosigkeit die Cardif Allgemeine Versicherung Zweigniederlassung für Deutschland der Cardif Assurances Risques Divers (Amtsgericht Stuttgart, HRB 181 73), Paris, beide: Friolzheimer Straße 6, 70499 Stuttgart, Hauptbevollmächtigter: David Furtwängler.

§ 33 Welche Beschwerdestellen können kontaktiert werden?

Sollte Cardif der versicherten Person wider Erwarten einen Anlass zur Beschwerde gegeben haben, kann sie sich an folgende Beschwerdestellen wenden:

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) -Bereich Versicherungen-, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsbedingungen

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE RESTSCHULDVERSICHERUNG (RSV) UND VERBRAUCHERINFORMATION CREDITPROTECT light

CREDITPROTECT light liegen Gruppenversicherungsverträge zwischen der Ikano Bank AB (publ), Zweigniederlassung Deutschland (Versicherungsnehmer) und Cardif zugrunde. Alle versicherbaren Personen, die mit dem Versicherungsnehmer einen Kreditvertrag „Sofortkredit“ mit fest vereinbarten Rückzahlungsraten abschließen, können zu diesen Gruppenversicherungsverträgen angemeldet werden und sind dann im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen als versicherte Personen versichert. Die versicherte Person muss ihren Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 1 Welchen Umfang hat die Restschuldversicherung?

CREDITPROTECT light dient der Absicherung von Zahlungsverpflichtungen der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer. Versichert sind die in der Anmeldeerklärung genannten Risiken.

§ 2 Was gilt bezüglich des Eintrittsalters?

Versichert werden können Personen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes mindestens 18 Jahre alt sind und für das Risiko Tod das 69. Lebensjahr bzw. für das Risiko Arbeitsunfähigkeit das 64. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 3 Wie hoch ist die maximale Versicherungssumme?

Die Höchstversicherungssumme beträgt im Todesfall 50.000,00 €, im Fall der Arbeitsunfähigkeit ist sie begrenzt auf die monatlich abzuschickende Kreditrate, maximal jedoch 2.150,00 € monatlich.

§ 4 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes zu mindestens 50 % infolge von Krankheit oder Körperverletzung außerstande ist, ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden könnte und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 5 Was gilt für die Beistandsleistungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsversicherung?

Während der Dauer des Versicherungsschutzes der Arbeitsunfähigkeitsdeckung können Beistandsleistungen von Personen in Anspruch genommen werden, die im Rahmen dieser Bedingungen gegen das Risiko Arbeitsunfähigkeit versichert sind.

Weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die versicherte Person vorab die Service-Hotline der Cardif-Versicherungen kontaktiert. Die Mitarbeiter der Service-Hotline erbringen die Beistandsleistungen entweder selbst oder entscheiden über die Einschaltung eines Dienstleisters. Cardif übernimmt keinesfalls Kosten für ohne Kontaktierung der Service-Hotline durchgeführte Dienstleistungen, auch wenn diese dem Leistungsumfang dieser Beistandsleistungen entsprechen.

§ 6 Welchen Zeitraum umfasst die Karenzzeit?

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden erst erbracht, nachdem die Arbeitsunfähigkeit 3 Monate ununterbrochen angedauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.

§ 7 Welchen Zeitraum umfasst die Wartezeit?

Versicherungsfälle, die in den ersten 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind nur dann nicht versichert, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang stehen mit der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen*) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde.

*) Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z.B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z.B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.

§ 8 Was gilt bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit?

Mehrfache Arbeitsunfähigkeit ist versichert.

§ 9 Wer ist bezugsberechtigt?

Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der Versicherungsnehmer für alle fälligen Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt. Er hat die Leistung mit der Zahlungsverpflichtung der versicherten Person aus dem Kreditvertrag zu verrechnen und darüber hinausgehende Beträge an die versicherte Person bzw. deren Erben auszuzahlen.

§ 10 Was gilt für die Prämien-/Beitragszahlung und wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

1. Schuldner der Versicherungsprämie ist der Versicherungsnehmer. Die Beitragsverpflichtung der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes besteht gegenüber dem Versicherungsnehmer. In der Anmeldeerklärung finden sich Informationen darüber, für welchen Zeitraum, in welcher Höhe und an wen der Beitrag der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes gezahlt werden muss. Die Fälligkeit des Beitrags ist der Vereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer zu entnehmen. Der Beitrag muss entsprechend der Regelung in der Anmeldeerklärung gezahlt werden. Wird eine vereinbarte Erst- oder Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsschutz gefährdet. Die versicherte Person wird in diesem Fall i. S. d. Regelungen der §§ 37, 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Zahlung aufgefordert. Bei Nichtzahlung wird die versicherte Person von den Gruppenversicherungsverträgen abgemeldet.
2. Der Versicherungsschutz beginnt mit Eingang der ersten Beitragszahlung beim Versicherungsnehmer. Die Dauer des Versicherungsschutzes beträgt ein Jahr. Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern die versicherte Person nicht drei Monate vorher ihren Austritt erklärt hat.
3. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Kreditvertrages, gleich aus welchem Grund, sowie mit Tod der versicherten Person.
4. Der Versicherungsschutz endet außerdem für das Risiko Tod mit Vollendung des 70. Lebensjahres, für das Risiko Arbeitsunfähigkeit mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person.

§ 11 Wann ist ein Versicherungsfall anzuzeigen?

Ein Versicherungsfall ist binnen 3 Monaten nach seinem Eintritt anzuzeigen. Wird Cardif der Versicherungsfall später als 3 Monate nach seinem Eintritt angezeigt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung frühestens mit dem Beginn des Monats der Anzeige.

§ 12 Welche Versicherungsleistung wird erbracht?

1. Stirbt die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes, besteht die Versicherungsleistung aus den am Todesdatum ausstehenden Kreditraten der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer. Kreditraten, die die versicherte Person noch selbst hätte erbringen müssen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
2. Während der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person werden alle in dieser Zeit gegenüber dem Versicherungsnehmer fällig werdenden versicherten Kreditraten der versicherten Person unter Berücksichtigung der Karenzzeit bezahlt.
3. Beistandsleistungen:

Im nachfolgenden bezeichnete Organisations-, Vermittlungs- und Unterstützungsleistungen beinhalten keine Kostenübernahmen. Kostenübernahmen erfolgen nur dort, wo sie ausdrücklich erwähnt sind und in dem definierten Umfang.

3.1 Liegen die Voraussetzungen des § 5 vor, bestehen diese aus folgenden Leistungen:

3.1.1 Fachliche Beratung im telefonischen Erstgespräch

3.1.1.1 Nennung einer Auswahl medizinischer Dienstleister (Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken im Notdienst);

3.1.1.2 Aufklärung über verordnete Medikamente und/oder Behandlungsmethoden;

3.1.1.3 Empfehlungen in Bezug auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.

3.1.2 Telefonischer Erinnerungsservice für chronisch Kranke

3.1.2.1 Als chronisch krank gilt, wer dauerhaft mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Erkrankung auf ärztliche Behandlung angewiesen ist. Die Verordnung von Medikamenten sowie Heil- oder Hilfsmitteln gilt als ärztliche Behandlung im Sinne dieser Bedingungen. Als chronisch krank im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent;

3.1.2.2 Die versicherte Person wird an Medikamenteneinnahme, Arztbesuche, Vorsorgemaßnahmen sowie Behördengänge erinnert.

3.1.3 Unterstützung bei der Einholung ärztlicher Zweitmeinungen

3.1.3.1 Telefonische Erläuterung der Diagnose sowie Therapieansätze nach Einsendung der diagnoserelevanten Unterlagen der versicherten Person;

3.1.3.2 Nennung alternativer Ärzte bei Zweifeln über die Richtigkeit der Diagnose;

Versicherungsbedingungen

- 2 -

- 3.1.3.3 Übernahme der Kosten für die Zweitdiagnose inkl. schriftlichem Bericht / Stellungnahme.
- 3.1.4 Hilfestellung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben
- 3.1.4.1 Feststellung des individuellen Bedarfs, sofern nötig:
- I. Organisation eines stationären Aufenthalts
 - II. Organisation einer Reha-Maßnahme
 - III. Organisation psychologischer Betreuung
 - IV. Organisation von Heil- und Hilfsmitteln
 - V. Begleitservice zu Ärzten, Ämtern und Behörden
 - VI. Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
 - VII. Organisation einer Pflegekraft im eigenen Heim
 - VIII. 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 Euro
 - IX. Vermittlung von Handwerkern und Werkstätten
 - X. Vermittlung von Finanzberatern
- 3.1.4.2 Telefonischer Hinweis auf Rechte gegenüber dem Arbeitgeber;
- 3.1.4.3 Herstellen von Kontakten zu Personalberatern und Anwältinnen;
- 3.1.4.3 Kostenübernahme für eine telefonische juristische Erstberatung bis 150 Euro.
- 3.1.5 Unterstützung für allein lebende Personen bei arbeitsunfähigkeitsbedingter eingeschränkter Mobilität:
Vermittlung und Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice bis zu 50 Euro 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
- 3.1.6 Unterstützung für Familien mit Kindern bei Krankenhausaufenthalt des Erziehungsberechtigten
- 3.1.6.1 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.
- 3.1.6.2 Partner ist eine Person, die entweder mit der versicherten Person verheiratet ist oder seit mindestens 12 Monaten in einer ehelichen Gemeinschaft bzw. Lebenspartnerschaft lebt.
- 3.1.6.3 Kinder im Sinne dieser Bedingungen sind die Kinder der versicherten Person oder ihres Partners (eingeschlossen sind Stiefkinder sowie Adoptivkinder) bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, soweit sie wirtschaftlich von der versicherten Person oder ihres Partners abhängig sind und dauerhaft bei jenen wohnen.
- 3.1.6.4 Bedarfsanalyse, Entwicklung eines Hilfeplans und Vermittlung von fachlich qualifiziertem Personal durch einen „Familienmanager“.
- 3.1.6.5 Kostenübernahme bis zu 500 Euro pro Krankenhausaufenthalt
- 3.1.6.6 Bei wiederholten Krankenhausaufenthalten aufgrund derselben Krankheit bzw. desselben Unfalls erbringen wir die versicherte Leistung nur einmal, wenn weniger als 90 Tage zwischen den einzelnen Krankenhausaufenthalten liegen
- 3.1.7 Vermittlung und Organisation von Krankentransporten und regelmäßigen Fahrten
- 3.1.7.1 Kostenübernahme für längstens einen Monat;
- 3.1.7.2 Kostenübernahme insgesamt bis maximal 200 Euro.
- 3.2 Wenn die versicherte Person oder derjenige, der zusätzliche Beistandsleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, 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 oder derjenige, der zusätzliche Beistandsleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, 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 Cardif nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Diese Aufwendungen müssen durch die Einschaltung eines durch Cardif 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 Cardif ein und nimmt bei diesem Regress.
4. Die Leistung ist auf die bei Beginn des Versicherungsschutzes kalkulierten Kreditkonditionen beschränkt. Änderungen aufgrund von Zinsschwankungen bis zu 2 % p. a. sind mitversichert.

§ 13 Welche Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht gibt es?

Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Versicherungsfall nicht in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden kann.

1. Versicherungsfälle, die in den ersten 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind nur dann nicht versichert, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang stehen mit der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen*) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde.
*) Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z.B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z.B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.
2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit bzw. der Tod folgendermaßen verursacht ist:
 - a) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten, absichtliche Selbstverletzung oder durch Selbsttötung innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;
 - b) durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
 - c) durch eine bereits bei Versicherungsbeginn bestehende und bekannte Risikoschwangerschaft, bei der eine Gefährdung der Mutter besteht. Außerdem stellt die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes unabhängig von Satz 1 für sich alleine keine Arbeitsunfähigkeit bzw. keinen Arbeitsunfähigkeitszeitraum dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Die maximale Leistungsdauer verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum des Ruhens, sofern die Arbeitsunfähigkeit entsprechend fort dauert;
 - d) durch psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, psychosomatische Störungen), es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
 - e) 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;
 - f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - g) durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - h) 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;
 - i) 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;
 - j) durch 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;
 - k) mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.
3. Eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht versichert. Die erste darauf folgende Arbeitsunfähigkeit ist nur versichert, nachdem die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen und ununterbrochen mehr als 3 Monate ausgeübt hat.

§ 14 Was ist im Versicherungsfall zu tun (Obliegenheiten)?

1. Das von Cardif zur Verfügung gestellte Leistungsformular ist ausgefüllt einzureichen.
2. Bei Tod der versicherten Person sind folgende Unterlagen einzureichen:
Eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde und ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
3. Bei Arbeitsunfähigkeit sind folgende Unterlagen einzureichen:
Nachweise der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch ärztliches Attest und ggf. eine Bescheinigung des Arbeitgebers und der Krankenkasse bzw. des Krankenversicherers.

Versicherungsbedingungen

- 3 -

4. Cardif ist berechtigt, den Leistungsanspruch nachzuprüfen. Insbesondere können die Vorlage von ärztlichen Attesten oder eine Untersuchung der versicherten Person durch einen von Cardif zu beauftragenden und zu bezahlenden Arzt und Bescheinigungen von Behörden und Arbeitgebern verlangt werden.
5. Durch Nachweise entstehende Kosten trägt die versicherte Person. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.
6. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
7. Eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist innerhalb eines Monats ab Kenntnis anzuzeigen.
8. Solange eine Mitwirkungsobliegenheit vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist Cardif von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Falle der grobfahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist Cardif berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, wenn die Verletzung Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht hatte. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 15 Was ist bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

Hat die versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, die im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen, so besteht – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG – die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsverhältnis Versicherungsleistungen erbracht werden, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt die versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 16 Wann und wie kann eine Prämienanpassung erfolgen?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie ist Cardif berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Ermittlung der Veränderung des Schadenbedarfes erfolgt für jedes versicherte Risiko gesondert. Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 17 Hat Cardif ein Ablehnungsrecht?

Cardif hat das Recht, unverzüglich nach Anmeldung durch den Versicherungsnehmer die Risikoübernahme ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung erlischt der Versicherungsschutz der versicherten Person rückwirkend. Eine Versicherungsprämie fällt nicht an.

§ 18 Welche Kündigungsmöglichkeiten bestehen?

Die versicherte Person und Cardif haben das Recht, Versicherungsverhältnisse gegen das Risiko Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Monats nach Anerkennung der Leistungspflicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende zu beenden. Die Leistungsdauer eines anerkannten Versicherungsfalles wird durch eine solche Beendigung nicht verkürzt.

§ 19 Was geschieht bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge?

Bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge endet der Versicherungsschutz für jede versicherte Person am Ende des Monats, für den der Versicherungsnehmer noch vor Beendigung der Gruppenversicherungsverträge die Versicherungsprämie gezahlt hat.

§ 20 Gibt es einen Rückkaufswert oder eine Überschussberechtigung?

1. Ein Rückkaufswert der Prämien im versicherungstechnischen Sinne besteht nicht, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung.
2. Die Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 21 Wie müssen Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen, erfolgen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für Cardif bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie Cardif oder, im Falle einer Mitteilung der versicherten Person, dem Versicherungsnehmer zugegangen sind.

§ 22 Welches Recht findet Anwendung und welcher Gerichtsstand besteht?

1. Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
2. Klagen der versicherten Person gegen Cardif Lebensversicherung, FRIOLZHEIMER STRAÙE 6, 70499 STUTTGART, aus dem Versicherungsverhältnis können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klagerhebung ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
3. Klagen gegen die versicherte Person sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk die versicherte Person bei Klagerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt die versicherte Person nach Anmeldung zu den Gruppenversicherungsverträgen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind bei Klagerhebung weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt bekannt, kann die Klage gegen die versicherte Person bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk sich Cardif befindet.
4. Klagen des Versicherungsnehmers gegen Cardif aus den Gruppenversicherungsverträgen können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klagerhebung seinen Sitz hat.
5. Klagen gegen den Versicherungsnehmer aus den Gruppenversicherungsverträgen sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klagerhebung seinen Sitz oder eine Niederlassung hat.

§ 23 Welche Regelungen gelten bezüglich der gerichtlichen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis?

Die versicherte Person kann über ihre Rechte aus der Versicherung verfügen und diese gerichtlich geltend machen.

§ 24 Können Prämienforderungen mit Versicherungsleistungen verrechnet werden?

Cardif ist nicht berechtigt, gegen Ansprüche der versicherten Person mit Prämienforderungen oder anderen gegen den Versicherungsnehmer gerichteten Forderungen aufzurechnen.

§ 25 Wer ist Versicherer?

Versicherer für die Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit ist die Cardif Lebensversicherung Zweigniederlassung für Deutschland der Cardif Assurance Vie (Amtsgericht Stuttgart, HRB 181 82), Paris, FRIOLZHEIMER STRAÙE 6, 70499 STUTTGART, Hauptbevollmächtigter: David Furtwängler.

§ 26 Welche Beschwerdestellen können kontaktiert werden?

Sollte Cardif der versicherten Person wider Erwarten einen Anlass zur Beschwerde gegeben haben, kann sie sich an folgende Beschwerdestellen wenden:

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) -Bereich Versicherungen-, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.