

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund
 - a) vorübergehend nicht mehr ausüben kann, sie auch nicht ausübt, oder
 - b) für die vereinbarte Restlaufzeit dieses Versicherungsvertrages dauerhaft zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben kann und auch keine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausüben kann.

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

- (2) Bei einer selbstständigen Tätigkeit oder bei Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis (z. B. Geschäftsführer) ist für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Nr. 1. (1) b zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 Prozent außerstande sein wird, ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zumutbar ist eine Umorganisation (z. B. durch eine qualifizierte Vertreterregelung), wenn sie für das Unternehmen betrieblich zweckmäßig und nicht mit wesentlich höheren Personalkosten verbunden ist und die versicherte Person bei einem Wechsel des Aufgabengebietes eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entspricht.
- (3) Die Arbeitsunfähigkeit ist uns durch eine Bescheinigung eines in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arztes unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung nachzuweisen.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitsunfähigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf der Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Karenzzeit beträgt 42 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalles beginnt die Karenzzeit erneut. § 1 Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
- (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
- (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit gemäß Nr. 2 (1) erlischt, wenn die Arbeitsunfähigkeit endet oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
- (6) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein An-

spruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt andauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Außerdem sind Leistungen während des Mutterschutzes (vgl. MuSchG § 3 Nr. 2 und § 6 Nr. 1) sowie während der Elternzeit (vgl. BEEG §§ 15 ff.) im dort nach der jeweils gültigen Fassung geregelten zeitlichen Umfang ausgeschlossen.

4. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind solche Personen, die auf Dauer keine Berufstätigkeit ausüben. Der für nicht versicherbare Personen entrichtete Beitrag für die Arbeitsunfähigkeitsversicherung ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

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

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

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

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

- (1) Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart bzw. diese Leistungsart später zugewählt, so gilt Satz 1 entsprechend nur für den Erhöhungsbetrag bzw. die zugewählte Leistungsart.
- (2) Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.
- (3) Wird die Versicherung zeitgleich mit einer abzusichernden Finanzierung beantragt, entfällt die Wartezeit. Die Wartezeit entfällt außerdem, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall der versicherten Person hervorgerufen wird.

3. Wann endet die Versicherung?

- (1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.

- a) Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
- b) Gemäß Absatz a) kann auch nur die Kündigung des Risikos Arbeitslosigkeit verlangt werden, sofern dieses bei Vertragsabschluss mit beantragt wurde.

- (2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.

- (3) Die Versicherung endet ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung wegfällt, u. a. bei:

- a) Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrags, worunter auch das Wirksamwerden einer vorzeitigen Kündigung nebst Gesamtfälligkeit zu verstehen ist;
- b) Ableben der versicherten Person.

Darüber hinaus endet die Versicherung mit Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfallversicherung. Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.

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

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Der Beitrag ist - unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

- (1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht. Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden. Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.
- (2) Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge an-

zupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

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

- (3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

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

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf

Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welche Verbraucherschlichtungsstelle kann ich anrufen und welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

- (1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung im Leistungsfall nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de
Telefon: 0800 / 3696000 (kostenfrei aus dem dt. Telefonnetz)
Fax: 0800 / 3699000 (kostenfrei aus dem dt. Telefonnetz)
- (2) Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.
- (3) Verbraucher, die den Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform unter www.ec.europa.eu/consumers/odr wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an uns wenden.
- (4) Sie können sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), wenden. Die derzeitigen Kontaktdaten lauten:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
www.bafin.de, E-Mail: poststelle@bafin.de, Telefon: 0228 / 4108-0,
Fax: 0228 / 4108-1550
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.
- (5) Die Möglichkeit, Ihrerseits den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von der Durchführung eines Beschwerdeverfahrens unberührt.

§ 10 Welches Gericht ist zuständig?

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

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSLOSIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Eine Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person
 - a) ein versichertes Beschäftigungsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder unwiderruflichen Freistellung durch den Arbeitgeber, die nicht in dem Verhalten der versicherten Person begründet liegt, verliert und für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht. Versichert ist zudem eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichweisen Erledigung des Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung.
 - b) eine versicherte selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund oder wegen Insolvenz einstellt. Ein wirtschaftlicher Grund im Sinne dieser Bedingungen ist bereits dann gegeben, wenn das Einkommen vor Steuern aus der aufgegebenen selbstständigen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten vor der Aufgabe negativ oder im Monatsdurchschnitt geringer als 20 Prozent zzgl. 5 Prozent je unterhaltspflichtiger Person der im Zeitpunkt der Aufgabe aktuellen, für den Wohnsitz maßgeblichen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) war.

- (2) Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit¹ arbeitslos gemeldet sein, zur Vermittlung zur Verfügung stehen, sich aktiv um Arbeit bemühen und darf währenddessen nicht gegen Entgelt tätig sein. Ein Nebeneinkommen gemäß den Regelungen der geringfügig entlohnten Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) zählt nicht als Tätigkeit gegen Entgelt.

- (3) Der Versicherungsfall gilt entweder mit dem Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung, der unwiderruflichen Freistellung oder mit dem Datum des Abschlusses der Aufhebungsvereinbarung als eingetreten. Bei mehreren Ereignissen ist das zuerst eintretende maßgeblich.

Bei einer selbstständigen Tätigkeit gilt der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt der Einstellung aus wirtschaftlichem Grund, zu dem die erste Aktivität zur Einstellung der selbstständigen Tätigkeit (z. B. Gewerbeabmeldung, Kündigung der angemieteten Geschäftsräume, Verkauf von gewerblich genutzten Gegenständen) vorgenommen wird, im Falle der Insolvenz mit dem Datum der Feststellung der Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung gemäß §§ 17-19 InsO als eingetreten.

Für die Berechnung der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2 AVB) ist der in diesem Absatz genannte Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalles maßgeblich.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitslosigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitslosigkeit mit Ablauf einer Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Karenzzeit beträgt 60 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalles beginnt die Karenzzeit erneut. § 1. Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
- (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
- (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für die-

sen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.

- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung gemäß Nr. 2. (1) erlischt – auch rückwirkend –, wenn die Arbeitslosigkeit endet, die vereinbarte Leistungsdauer abläuft oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
- (6) Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle einer erneuten Arbeitslosigkeit müssen die Voraussetzungen gemäß Nr. 4 erfüllt sein, um einen erneuten Anspruch wegen Arbeitslosigkeit geltend machen zu können. Erfüllt eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, die unmittelbar einem im Sinne dieser Bedingungen anerkannten Fall der Arbeitslosigkeit folgt, diese Voraussetzungen nicht, erbringen wir nur Leistungen für die nicht verbrauchte Leistungsdauer des vorherigen Versicherungsfalles.
- (7) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt fort-dauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es wird keine Versicherungsleistung erbracht, wenn

- (1) die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar auf kriegerische Ereignisse, innere Unruhen, vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten, Kräfteverfall, Selbstverletzung, Unfälle einschließlich ihrer Folgen, versuchte Selbsttötung und Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) sowie Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zurückzuführen ist oder
- (2) bei Vertragsabschluss die versicherte Person bereits Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung der versicherten Tätigkeit hatte bzw. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig war oder
- (3) die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehepartner, einem eingetragenen Lebenspartner, einem Partner, mit dem die versicherte Person in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, oder einem in direkter Linie Verwandten sowie Verwandten zweiten Grades bzw. bei einem Unternehmen, das von dem zuvor genannten Personenkreis oder von der versicherten Person selbst beherrscht wird (mehr als 50 Prozent der Geschäftsanteile), folgt. Hiervon ausgenommen besteht Versicherungsschutz, wenn es sich um eine betriebsbedingte Kündigung handelt und innerhalb von zwei Wochen zumindest ein weiterer Arbeitnehmer ebenfalls von einer solchen Kündigung betroffen ist, bei dem die besonderen Voraussetzungen im Hinblick auf das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des vorhergehenden Absatzes nicht vorliegen.
- (4) die Arbeitslosigkeit durch Ablauf eines befristeten Arbeitsvertrages eingetreten ist.

4. Welche Tätigkeiten sind im Rahmen dieser Bedingungen versichert?

- (1) Ein versichertes Beschäftigungsverhältnis liegt vor, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung, Freistellung bzw. der Aufhebung länger als 6 Monate ohne Unterbrechung bei ein und demselben Arbeitgeber einer bezahlten Beschäftigung von mindestens 15 Stunden pro Woche nachgeht. Die Beschäftigung muss der Beitragspflicht zur Agentur für Arbeit¹ unterliegen. Ausgeschlossene Beschäftigungsverhältnisse sind Saisonarbeiten sowie Arbeiten, die eine der in § 1 Abs. 2 Schwarzarbeitsgesetz genannten Voraussetzungen für Schwarzarbeit erfüllen.
- (2) Eine versicherte selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Tätig-

keit (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) seinen Lebensunterhalt erwirtschaftet. Der Lebensunterhalt gilt nur dann als aus selbstständiger Tätigkeit erwirtschaftet, wenn während der Betrachtungszeit aus demselben Unternehmen oder Betrieb bei mindestens 2 Einkommensteuerbescheiden ein Jahreseinkommen vor Steuern in Höhe von mindestens 40 Prozent der im jeweiligen Steuerjahr gültigen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) erzielt wird. 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.

- (3) Liegen die Voraussetzungen aus Nr. 4. (1) oder 4. (2) nicht vor, ist die versicherte Person nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert; der entrichtete Beitrag ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

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

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

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

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungspflicht verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3. Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart, so gilt Satz 1 entsprechend für den Erhöhungsbetrag.

Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.

Wird die Versicherung nicht zeitgleich mit einer abzuschließenden Finanzierung beantragt bzw. diese Leistungsart später zugewählt, verlängert sich die Wartezeit um jeweils 90 Tage.

3. Wann endet die Versicherung?

- (1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.
Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
- (2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.
- (3) Die Versicherung endet ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung wegfällt, u. a. bei:
- Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrags, wovon auch das Wirksamwerden einer vorzeitigen Kündigung nebst Gesamtfälligkeit zu verstehen ist;
 - Ableben der versicherten Person.

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

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

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

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Der Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

- (1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

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

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

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

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

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

- (3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

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

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welche Verbraucherschlichtungsstelle kann ich anrufen und welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

- (1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung im Leistungsfall nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

www.versicherungsombudsmann.de

Telefon: 0800 / 3696000 (kostenfrei aus dem dt. Telefonnetz)

Fax: 0800 / 3699000 (kostenfrei aus dem dt. Telefonnetz)

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

- (3) Verbraucher, die den Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform unter www.ec.europa.eu/consumers/odr wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an uns wenden.

- (4) Sie können sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), wenden. Die derzeitigen Kontaktdaten lauten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

www.bafin.de, E-Mail: poststelle@bafin.de, Telefon: 0228 / 4108-0,

Fax: 0228 / 4108-1550

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

- (5) Die Möglichkeit, Ihrerseits den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von der Durchführung eines Beschwerdeverfahrens unberührt.

§ 10 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung seinen bzw. ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

¹ Sofern die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland hat und ihre Erwerbstätigkeit in einem Anrainerstaat gemäß § 1 Nr. 4 ausübt, muss die Meldung der Arbeitslosigkeit ggf. bei der im jeweiligen Staat zuständigen Behörde erfolgen.