

KOSTENSCHUTZVERSICHERUNG

Versicherungsbestätigung

Die Instabank ASA, Reg.-Nr. 816 914 582, Drammensveien 175, 0277 Oslo, Norwegen, bestätigt hiermit, dass die nachstehend genannte Person im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versichert ist, den die Instabank ASA als Versicherungsnehmerin mit dem Versicherer AmTrust International Underwriters DAC, Reg.-Nr. 169384, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, abgeschlossen hat. Die nachstehend genannte Person wird im Gruppenversicherungsvertrag den Allgemeinen Versicherungsbedingungen als „versichertes Mitglied“ bezeichnet. Weitere Informationen zu Versicherer und Versicherungsnehmerin, einschließlich dem eingetragenen Sitz und der ladungsfähigen Anschrift finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

EINZELHEITEN DER POLICE

Policennummer:	DE65202208000023390453
Versichertes Mitglied:	Anonymized Name
Versicherungsbeginn:	27.01.2026
Versicherungslaufzeit:	Vom Datum des Versicherungsbeginns bis 31.12.2025. Danach verlängert sich der Versicherungsschutz automatisch um jeweils 12 Monate, sofern keine Kündigung erfolgt.

VERSICHERUNGSBEITRAG

Monatlicher Beitrag:	Der Versicherungsbeitrag pro Monat beträgt € 12,99 .
----------------------	---

VERSICHERUNGSSCHUTZ

Zusammenfassung des Versicherungsschutzes

<input checked="" type="checkbox"/> Allgemeine Versicherungsbedingungen	Kostenschutzversicherung, Allgemeine Versicherungsbedingungen per 1. Dezember 2025
<input checked="" type="checkbox"/> Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	Wenn das versicherte Mitglied für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage vorübergehend arbeitsunfähig ist oder wird, zahlt der Versicherer für bis zu 12 Monate eine monatliche Leistung von € 300. Die Leistung wird pro Tag mit € 10 berechnet (1/30 der monatlichen Leistung). Die maximale Summe pro Anspruch beträgt € 3.600 (€ 300 pro Monat für 12 Monate).
<input checked="" type="checkbox"/> Unfreiwillige Arbeitslosigkeit	Wenn das versicherte Mitglied für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage unfreiwillig arbeitslos ist oder wird, zahlt der Versicherer für bis zu 12 Monate eine monatliche Leistung von € 300. Die Leistung wird pro Tag mit € 10 berechnet (1/30 der monatlichen Leistung). Die maximale Summe pro Anspruch beträgt € 3.600 (€ 300 pro Monat für 12 Monate).
<input checked="" type="checkbox"/> Schwere Krankheit	Wenn bei dem versicherten Mitglied während der Versicherungslaufzeit eine schwere Krankheit (gemäß Beschreibung in den AVG) diagnostiziert wird, zahlt der Versicherer pauschal eine Summe von € 3.600. Die Leistungen für eine schwere Krankheit sind während der Versicherungslaufzeit auf einen Anspruch beschränkt.
<input checked="" type="checkbox"/> Unfalltod	Wenn das versicherte Mitglied während der Versicherungslaufzeit aufgrund eines Unfalls verstirbt, zahlt der Versicherer € 3.600.

Weiterführende Informationen zu den Bestimmungen, Ausschlüssen und Bedingungen für den Versicherungsschutz finden Sie in unseren AVB.

NICHTZAHLUNG DES ERSTEN VERSICHERUNGSBEITRAGS

Wenn der erste Versicherungsbeitrag bei Eintreten eines Versicherungsfalls nicht bezahlt ist, ist der Versicherer nicht zur Zahlung von Leistungen verpflichtet, es sei denn, das versicherte Mitglied ist nicht für die Nichtzahlung verantwortlich.

Kostenschutzversicherung

Informationsblatt zum Versicherungsprodukten

Unternehmen: AmTrust International Underwriters DAC

Produkt: Kostenschutzversicherung

Diese Versicherung wurde von AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, Unternehmensnummer 169384 (im Folgenden auch als „**Versicherer**“ bezeichnet) entwickelt. Vorliegendes Dokument ist nur als Zusammenfassung des Versicherungsschutzes zu betrachten, die Ihnen dabei helfen soll, auf der Grundlage von Informationen eine Entscheidung zu treffen. Weitere Informationen zum Versicherungsschutz finden Sie in den Vertragsdokumenten, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Versicherungsbestätigung. Bitte lesen Sie alle Informationen und Vertragsdokumente sorgfältig durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Als versichertes Mitglied wird Ihnen im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags Versicherungsschutz gewährt. Die Versicherungsnehmerin für den Gruppenversicherungsvertrag ist die Instabank ASA, Handelsregisternummer 816 914 582, Drammensveien 175, 0277 Oslo, Norwegen.



Was ist versichert?

Der Gruppenversicherungsvertrag deckt die folgenden Risiken ab: vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillige Arbeitslosigkeit, schwere Krankheit und Unfalltod.

- ✓ **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Der Versicherer zahlt Leistungen, wenn die versicherte Person vorübergehend arbeitsunfähig ist und dies zu mindestens 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit führt. Die monatliche Leistung beträgt € 300 und wird für maximal 12 Monate gezahlt. Die Leistung wird pro Tag der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit berechnet und entspricht 1/30 der monatlichen Leistung (€10 pro Tag). Die Haftung des Versicherers beschränkt sich auf eine maximale versicherte Summe von € 3.600 pro Versicherungsfall (€ 300 monatlich für bis zu 12 Monate).
- ✓ **Unfreiwillige Arbeitslosigkeit:** Der Versicherer zahlt Leistungen, wenn die versicherte Person ohne eigenes Verschulden arbeitslos wird und dies zu mindestens 30 Tagen unfreiwilliger Arbeitslosigkeit führt. Die monatliche Leistung beträgt € 300 und wird für maximal 12 Monate gezahlt. Die Leistung wird pro Tag der unfreiwilligen Arbeitslosigkeit berechnet und entspricht 1/30 der monatlichen Leistung (€10 pro Tag). Die Haftung des Versicherers beschränkt sich auf eine maximale versicherte Summe von € 3.600 pro Versicherungsfall (€ 300 monatlich für bis zu 12 Monate).
- ✓ **Schwere Krankheit:** Wenn der versicherten Person eine schwere Krankheit (gemäß Beschreibung in den AVG) diagnostiziert wird, zahlt der Versicherer € 3.600. Die Leistungen für eine schwere Krankheit sind während der Versicherungslaufzeit auf einen Anspruch beschränkt.
- ✓ **Unfalltod:** Wenn das versicherte Mitglied aufgrund eines Unfalls verstirbt, der während der Versicherungslaufzeit eintritt, zahlt der Versicherer € 3.600.
- ✓ In den Versicherungsbedingungen sind außerdem Sonderregelungen für verschiedene Fälle vorgesehen, zum Beispiel die Arten von Arbeitslosigkeit, die abgedeckt sind, und für welche schweren Krankheiten Leistungen gezahlt werden. Weiterführende Informationen finden Sie in unseren AVB.

Weiterführende Informationen finden Sie in unseren AVB.



Was ist nicht versichert?

- ✗ **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer selbst zugefügten Verletzung, ärztlichen Behandlung aus nicht-medizinischen Gründen oder einer Verletzung der Bandscheibe oder einer Radikulopathie zahlen wir nicht.
- ✗ **Unfreiwillige Arbeitslosigkeit:** Bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit zahlen wir nicht,
 - wenn Sie bereits vor dem Beitritt zur Gruppenversicherung Kenntnis von einer bevorstehenden Kündigung hatten,
 - Ihnen bereits vor Einreichung Ihres Antrags auf Beitritt zur Gruppenversicherung eine Kündigungsmeldung vorlag,
 - Ihr zeitlich befristetes Arbeitsverhältnis wie geplant auslief,
 - Sie von einem engen Verwandten angestellt wurden,
 - wenn die Arbeitslosigkeit die Folge eines Streiks oder einer Aussperrung ist.
- ✗ **Schwere Krankheit:** Bei schwerer Krankheit zahlen wir nicht, wenn die Erkrankung die Folge einer selbst verursachten Krankheit oder selbst beigebrachten Verletzung ist oder wenn sie durch eine Krankheit verursacht wurde, die Ihnen vor dem Beitritt zur Gruppenversicherung bereits bekannt war und für die Sie während der 12 Monate vor dem Datum des Versicherungsbeginns eine ärztliche Beratung oder Behandlung erhalten haben. Nur die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten schweren Krankheiten sind von der Gruppenversicherung abgedeckt.
- ✗ **Unfalltod:** Wir zahlen nicht, wenn der Unfalltod eine Folge ist von:
 - Selbstverletzung, Suizid oder versuchtem Suizid, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 36 Monate nach dem Stichtag der Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag eintritt, sofern nicht bewiesen wird, dass die Tat in einem Zustand einer krankhaften seelischen Störung begangen wurde, welche eine freie Willensentscheidung ausschließt;
 - Infektionen, sofern nicht aufgrund eines Unfalls pathogene Keime in den Körper gelangt sind (z. B. durch eine Einstichstelle).
 - Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen toxischen oder psychotropen Substanzen.

Weiterführende Informationen finden Sie in unseren AVB.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Solange Leistungen im Rahmen eines Versicherungsschutzes gezahlt werden, hat die versicherte Person kein Anrecht auf die Zahlung im Rahmen eines weiteren Versicherungsschutzes.
- ! Für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillige Arbeitslosigkeit und schwere Krankheit beträgt der Qualifikationszeitraum 90 Tage. Der Unfalltod unterliegt keinen Qualifikationszeiträumen.
- ! In den ersten 24 Monaten nach Einreichen des Antrags auf Mitgliedschaft haben Sie keinen Versicherungsschutz für Erkrankungen, die mit spezifischen bereits bestehenden gesundheitlichen Zuständen zusammenhängen, die Ihnen bekannt waren und für die Sie in den letzten 12 Monaten vor Einreichen des Antrags auf Mitgliedschaft eine ärztliche Behandlung erhielten.
- ! Während der gesetzlichen Elternzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen aufgrund von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.
- ! In keinem Fall übernimmt der Versicherer Versicherungsschutz oder die Zahlung von Leistungen, wenn die versicherte Person Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen in Resolutionen der Vereinten Nationen (UN), der Vereinigten Staaten, der Europäischen Union (EU) oder einer anderen gleichwertigen Organisation unterliegt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Er endet jedoch 3 Monate nachdem Sie Ihren Wohnort oder ständigen Wohnsitz in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt haben. Nur Beschäftigungsverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland sind ihm Rahmen der Arbeitslosenversicherung versichert.



Welche Pflichten habe ich?

- Sie müssen sicherstellen, dass Sie für diese Versicherung geeignet sind. Wenn Sie eine Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag beantragen, werden Sie über die Zugangsvoraussetzungen informiert. In unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Informationen zu den Voraussetzungen für die Mitgliedschaft.
- Sie müssen angemessene Sorgfalt walten lassen, um sicherzustellen, dass die von Ihnen bei der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag angegebenen Informationen richtig und nicht irreführend sind.
- Sie müssen den Versicherungsbeitrag zahlen.
- Sie müssen bei der Einreichung eines Anspruchs die angeforderten Nachweise vorlegen.
- Bei der Einreichung eines Anspruchs dürfen Sie nicht in betrügerischer Art und Weise handeln.



Wann und wie zahle ich?

Der Versicherungsbeitrag wird monatlich abgebucht. Sie müssen uns die Zustimmung zur Abbuchung des Versicherungsbeitrags von Ihrem Konto erteilen. Andere Zahlungsmethoden sind ausgeschlossen. Wenn Sie den ersten Versicherungsbeitrag nicht fristgerecht zahlen, hat der Versicherer das Recht, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, dass Sie nicht für die Nichtzahlung verantwortlich sind.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt ab dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Datum bis zum 31. Dezember desselben Jahres und wird dann stillschweigend um ein weiteres Jahr verlängert, wenn die Versicherung nicht von Ihnen, der Bank oder dem Versicherer gekündigt wird. Da die Laufzeit des individuellen Versicherungsschutzes auf der Grundlage des Gruppenversicherungsvertrags bestimmt wird, verlängert sich der Versicherungsschutz für alle Mitglieder jeweils am 1. Januar eines Jahres, unabhängig vom Zeitpunkt des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag.

Ihr Versicherungsschutz endet automatisch am Ende des Kalenderjahres, in dem Sie das Alter von 67 Jahren erreichen, wenn Ihr Kreditkartenvertrag mit der Instabank ASA gekündigt wird, wenn Sie ins Ausland ziehen und in einem anderen Land als der Bundesrepublik Deutschland Ihren ständigen Wohnsitz errichten, wenn Sie während der Versicherungslaufzeit insgesamt 36 Monate lang Leistungen bezogen haben oder mit dem Tod.

Der Versicherungsschutz endet ebenfalls, wenn der Gruppenversicherungsvertrag zwischen uns und der Instabank ASA beendet wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen kündigen. Bei Kündigung müssen Sie den Versicherungsbeitrag bis zur nächsten Versicherungsbeitragszahlung bezahlen und sind bis zu diesem Zeitpunkt versichert.

Beitrag, Kosten

Der Versicherer ist rechtlich verpflichtet, die Kosten des Versicherungsabschlusses und die Verwaltungskosten, die in dem jährlichen Gesamtversicherungsbeitrag enthalten sind, offenzulegen. Der Gesetzgeber verlangt, dass diese Kosten als Anteil am Jahresversicherungsbeitrag gemeldet werden. Die Kosten des Versicherungsabschlusses und die Verwaltungskosten sind in dem jährlichen Gesamtversicherungsbeitrag enthalten. Bei dem jährlichen Beitrag entfallen 50 % auf die Versicherungsabschlusskosten und 10 % auf die Verwaltungskosten.

Der monatliche Beitrag beläuft sich auf € 13,00. Der jährliche Gesamtbeitrag beläuft sich auf € 156.

Berechnung

Der jährliche Gesamtbeitrag beläuft sich auf € 156, wovon € 78 auf Versicherungsabschlusskosten und € 15,60 auf die Verwaltungskosten für die Versicherung entfallen.

Kundeninformationsblatt

Mit diesem Kundeninformationsblatt erhalten Sie allgemeine Informationen über Ihren Versicherer, Ihre Versicherung und zu Ihren Rechtsbehelfen. **Bitte lesen Sie dieses Kundeninformationsblatt sorgfältig durch.**

Allgemeine Informationen nach § 1 VVG-InfoV

Identität des Versicherers

Name:	AmTrust International Underwriters DAC
Anschrift:	6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48, Republik Irland
Rechtsform:	Designated Activity Company
Handelsregister:	Firma Nr. 169384 Companies Registration Office (Republik Irland) www.cro.ie

Identität eines Vertreters des Versicherers

Entfällt

Ladungsfähige Adresse des Versicherers

AmTrust International Underwriters DAC
6-8 College Green
Dublin 2
D02 VP48
Republik Irland

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ist der Betrieb von Versicherungsgeschäften im Bereich der Sachversicherungen.

Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds

Da der Versicherer in der Republik Irland reguliert wird, könnten Sie unter gewissen Umständen Anspruch auf Entschädigung nach dem Insurance Compensation Fund (Versicherungsausgleichsfonds) (ICF) haben. Der ICF schützt Verbraucher von zugelassenen Nicht-Lebensversicherungen, die in Liquidation gehen und nicht in der Lage sind, die Versicherungsansprüche zu zahlen.

Zentralbank von Irland (Central Bank of Ireland)
Postfach 559
Dublin 1
Republik Irland
www.centralbank.ie

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen

Kostenschutzversicherung, Allgemeine Versicherungsbedingungen zum 1. Dezember 2025

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung

Der Gruppenversicherungsvertrag bietet Ihnen als versichertem Mitglied finanziellen Schutz für den Fall einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilligen Arbeitslosigkeit, schweren Krankheit und bei Unfalltod.

- a) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: Wenn das versicherte Mitglied für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage vorübergehend arbeitsunfähig ist oder wird, zahlt der Versicherer für bis zu 12 Monate eine monatliche Leistung von € 300. Die Leistung wird pro Tag mit € 10 berechnet (1/30 der monatlichen Leistung). Die maximale Summe pro Anspruch beträgt € 3.600 (€ 300 pro Monat für 12 Monate).
- b) Unfreiwillige Arbeitslosigkeit: Wenn das versicherte Mitglied für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage unfreiwillig arbeitslos ist oder wird, zahlt der Versicherer für bis zu 12 Monate eine monatliche Leistung von € 300. Die Leistung wird pro Tag mit € 10 berechnet (1/30 der monatlichen Leistung). Die maximale Summe pro Anspruch beträgt € 3.600 (€ 300 pro Monat für 12 Monate).
- c) Schwere Krankheit: Wenn bei dem versicherten Mitglied während der Versicherungslaufzeit eine schwere Krankheit (gemäß Definition in den AVG) diagnostiziert wird, zahlt der Versicherer pauschal eine Summe von € 3.600. Die Leistungen für eine schwere Krankheit sind während der Versicherungslaufzeit auf einen Anspruch beschränkt.
- d) Unfalltod: Wenn das versicherte Mitglied während der Versicherungslaufzeit aufgrund eines Unfalls verstirbt, zahlt der Versicherer € 3.600.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung finden Sie in den Versicherungsbedingungen, die für Ihren Vertrag gelten.

Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtpreis der Versicherung ist im Angebot, im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und im Versicherungsschein angegeben.

Gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten

Entfällt

Beiträge

Die Prämie ist monatlich zu zahlen. Die erste Prämie ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags und Aufforderung zur Zahlung fällig. Folgeprämien richten sich nach der im Versicherungsschein angegebenen vereinbarten Zahlweise.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die vorliegenden Unterlagen basieren auf unseren aktuellen Beiträgen und dem genannten Versicherungsbeginn. Wird ein anderer Versicherungsbeginn gewünscht oder wird in der Zwischenzeit ein neuer Tarif eingeführt, können sich bis zum Abschluss des Vertrags Abweichungen ergeben.

Hinweis auf spezielle Risiken der Finanzdienstleistung

Entfällt

Informationen über den Vertragsschluss

Der Vertrag kommt zustande, sobald Sie den Versicherungsschein erhalten haben, sofern Sie nicht von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch machen. Das Datum des Beginns der Versicherung ist im Versicherungsschein festgelegt. Siehe auch die oben genannten Zahlungsverpflichtungen.

Widerrufsrecht

Informationen zu Ihrem Widerrufsrecht finden Sie im Widerrufsdokument.

Laufzeit des Vertrages

Die Vertragslaufzeit ist dem Versicherungsproduktinformationsblatt (PIB), den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Mindestvertragslaufzeit beträgt einen Monat.

Information zur Beendigung des Vertrages

Die Versicherung kann jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich gekündigt werden.

Ausführliche Informationen darüber, wie der Vertrag gekündigt werden kann, finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

Geltendes Recht und Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland und wird nach diesem ausgelegt. Wenn sich eine Streitigkeit aus dem Vertrag ergibt, wird diese von dem Gericht des Bezirks beigelegt, in dem Sie als Versicherter Ihren Wohnsitz haben.

Auch für das vorvertragliche Verhältnis gilt deutsches Recht.

Sprachen

Die Vertragssprache ist Deutsch.

Die gesamte Kommunikation und Korrespondenz während der Vertragslaufzeit erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Dublin 4

Irland

E-Mail: claimsinstabank@ie.sedgwick.com

Sollte im Einzelfall keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden können, können Sie sich als Verbraucher an die Außergerichtliche Streitbeilegungsstelle für Verbraucher und Unternehmer e. V. wenden:

Außergerichtliche Streitbeilegungsstelle für Verbraucher und Unternehmer e.V.

Gohliser Straße 6

04105 Leipzig

www.streitbeilegungsstelle.org

Tel.: +49-341-56 11 63 70

E-Mail: info@streitbeilegungsstelle.org oder kontakt@streitbeilegungsstelle.org

Die Streitbeilegungsstelle arbeitet effizient, unabhängig und kompetent. Wenn Sie mit dem Ergebnis des Schiedsverfahrens nicht einverstanden sind, haben Sie immer noch die Möglichkeit, rechtliche Schritte einzuleiten.

Aufsichtsbehörden

Der Versicherer wird von der Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1, Republik Irland, beaufsichtigt.

Darüber hinaus ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 1253, 53002 Bonn, für die Aufsicht im Allgemeinen zuständig, einschließlich der Erfüllung der Informationspflicht des Versicherers und anderer deutscher Vorschriften über die Geschäftstätigkeit des Versicherers in Deutschland. Die BaFin kann sich auch mit Beschwerden gegen den Versicherer befassen.

Vertragsspezifische Informationen nach § 2 VVG-INFOV

Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten

Die in der Prämie enthaltenen Kosten sind im Produktinformationsblatt (IPID) der Versicherung zu finden.

Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können

Entfällt

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe

Die Beteiligung der Versicherten am Überschuss und an den Bewertungsreserven ist ausgeschlossen.

Angabe der in Betracht kommenden Rückkaufswerte

Es gibt keinen Rückkaufwert.

Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung

Entfällt

Garantierte Rückkaufswerte und Leistungen aus einer prämienfreien Versicherung

Entfällt

Angaben über die der Versicherung zu Grunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte

Entfällt

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung

Die folgenden Steuerinformationen stellen nur eine vereinfachte Zusammenfassung der steuerlichen Behandlung von Versicherungen mit Todesfalldeckung dar und können eine professionelle Steuerberatung durch einen Steuerberater, der in der Lage ist, Ihre individuelle steuerliche Situation zu berücksichtigen, nicht ersetzen.

Beiträge zur Risikoversicherung, die nur im Todesfall Leistungen erbringen, sind als sonstige Versorgungsaufwendungen im Rahmen der Höchstbeträge abzugsfähig, § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG). Einmalige Kapitalauszahlungen aus einer Risikoversicherung, die im Todesfall geleistet werden, sind grundsätzlich von der Einkommenssteuer befreit.

Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis der Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen gemäß § 19 VVG wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber AmTrust International Underwriters DAC in Textform nachzuholen. Bitte beachten Sie dabei, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Stellvertretung durch andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Übersicht über die Anforderungen und Bedürfnisse des Kunden

Von Ihnen als Kunde erhaltene Informationen

Im Rahmen Ihres Versicherungsantrags haben Sie uns die folgenden Informationen zur Verfügung gestellt:

- Sie sind zwischen 23 und 65 Jahre alt;
- Sie haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland und
- Sie haben Ihren Arbeitsplatz in der Bundesrepublik Deutschland.

Zusätzlich zur Bestätigung der obigen Angaben haben Sie außerdem Ihr Interesse an unserem Versicherungsangebot bekundet.

Unser Verständnis von Anforderungen und Bedürfnissen

Als Vertriebspartner für Versicherungen müssen wir sicherstellen, dass der Ihnen angebotene Versicherungsschutz Ihren Bedürfnissen entspricht. Diese Versicherung erfüllt die Anforderungen und Bedürfnisse derjenigen, die einen Teil der Kosten im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilligen Arbeitslosigkeit, schweren Krankheit oder des Unfalltodes bis zu dem maximal versicherten Betrag gemäß AVB (wie nachstehend definiert) schützen wollen. Als Teil des Antragsprozesses haben Sie bestätigt, dass Ihre Anforderungen und Bedürfnisse die einer Einzelperson sind, die einen Teil der Kosten im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilligen Arbeitslosigkeit, schweren Krankheit oder bei Unfalltod schützen will.

Alternative Versicherungsprodukte

Es ist anzumerken, dass auf dem Markt weitere Versicherungsprodukte angeboten werden, die ebenfalls für Sie geeignet sein und Ihre Anforderungen und Bedürfnisse ganz oder teilweise erfüllen könnten. Zu diesen anderen Versicherungsprodukten gehören unter anderem eine Verdienstausfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, vorübergehende Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Versicherung gegen schwere Krankheit und die Lebensversicherung.

Wenn Sie bereits eines oder mehrere dieser Versicherungsprodukte besitzen, sollten Sie prüfen, ob der im Rahmen dieser Versicherungen gewährte Versicherungsschutz bereits die oben genannten Risiken abdeckt. Wenn dies der Fall ist, sollten Sie überlegen, ob Sie die vorliegende Versicherung abschließen, sofern sie nicht der Auffassung sind, dass diese Versicherung einen umfassenderen oder zusätzlichen Schutz für Ihre Bedürfnisse bietet.

Eignung

Ausgehend von den in Ihrem Antrag auf Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag bereitgestellten Informationen sind Sie für die Kostenschutzversicherung geeignet, die im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilligen Arbeitslosigkeit, schweren Krankheit oder bei Unfalltod einen Teil Ihrer Kosten schützt.

Die angebotene Versicherung ist als Gruppenversicherungsvertrag strukturiert und wird von der AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, angeboten, die von der Zentralbank von Irland zugelassen ist und reguliert wird (der „**Versicherer**“).

Eine Übersicht des Versicherungsschutzes ist in dem Produktinformationsblatt („**PIB**“) zu finden. Weiterführende Informationen zu den Bestimmungen, Ausschlüssen und Bedingungen für den Versicherungsschutz finden Sie in unseren AVB.

Unsere Rolle als Vertriebspartner für die Versicherung

Wir, Instabank ASA, mit eingetragenem Sitz in Drammensveien 175, 0277 Oslo, Norwegen, sind Vertriebspartner für die Versicherung und im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit auf europäischem Territorium tätig. Wir sind im norwegischen Handelsregister Brønnøysundregisteret unter der Nummer 816 914 582 eingetragen und von der norwegischen Finanzaufsichtsbehörde, Finanstilsynet, für die Vertriebsaktivitäten im Bereich Versicherungen zugelassen.

Unsere Registrierung kann jederzeit auf www.finanstilsynet.no überprüft werden. Instabank ASA ist unter der Aufsicht der norwegischen Finanzaufsichtsbehörde, Finanstilsynet, der norwegischen Aufsichtsbehörde für die Versicherungsbranche tätig,

Postanschrift: Finanstilsynet, Postboks 1187 Sentrum, 0107 Oslo.

Grundlage für den Vertrieb

Wir erteilen keine Beratung auf der Basis einer fairen und persönlichen Analyse und bieten keine Beratung für Kunden zu Versicherungsprodukten.

Erstinformation nach VersVermV

Firma und Anschrift

Instabank ASA
Drammensveien 175
N-0277 Oslo
Norwegen
Eingetragen im norwegischen Handelsregister unter der Nummer 816 914 582.

Tätigkeitsart

Instabank ASA ist in Norwegen als Versicherungsmakler registriert und wird von der norwegischen Finanzaufsichtsbehörde (Finanstilsynet) kontrolliert. Im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit ist Instabank ASA als Versicherungsmakler in Deutschland zugelassen. Die deutsche Finanzaufsichtsbehörde (BaFin) ist im Allgemeinen für die Überwachung zuständig.

Gemeinsame Registerstelle nach § 11 a Abs. 1 GewO

Norwegische Finanzaufsichtsbehörde (Finanstilsynet)
Postboks 1187 Sentrum
0107 Oslo
Norwegen
Register: www.finanstilsynet.no/en/finanstilsynets-registry/

Beratung und Vergütung

Instabank ASA erteilte keine Beratung auf der Basis einer fairen und persönlichen Analyse. Instabank ASA vertreibt ausschließlich Versicherungen der nachstehend aufgeführten Versicherer, ohne eine objektive oder persönliche Analyse durchzuführen:
AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland,
Unternehmensnummer 169384.

Instabank ASA erhält für die Vermittlung eines Versicherungsvertrages eine Provision von dem Versicherer. Diese ist in der Versicherungsprämie enthalten. Der Kunde schuldet dem Vermittler keine gesonderte Vergütung. Vollständige Angaben zu der gezahlten Vergütung sind im Produktinformationsblatt („PIB“) zu finden.

Offenlegung direkter oder indirekter Beteiligungen über 10 % an Versicherungsunternehmen oder von Versicherungsunternehmen am Kapital des Versicherungsvermittlers über 10 %

Die Instabank ASA hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals an einem Versicherungsunternehmen. Ein Versicherungsunternehmen hält keine mittelbare oder unmittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals an der Instabank ASA.

Schlichtungsstellen für außergerichtliche Streitbeilegung

Außergerichtliche Streitbeilegungsstelle für Verbraucher und Unternehmer e.V.
Gohliser Straße 6
04105 Leipzig
www.streitbeilegungsstelle.org
Tel.: +49-341-56 11 63 70
E-Mail: info@streitbeilegungsstelle.org oder kontakt@streitbeilegungsstelle.org

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise Widerrufsrecht Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen:

- Die Versicherungsschein;
- Die Versicherungsbedingungen (einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen);
- Diese Belehrung;
- Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten;
- und weitere in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen;

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Instabank ASA
Drammensveien 175,
N- 0277 Oslo
Norway
Email: kundenservice@instabank.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag, der anteilmäßig entsprechend der Tage der Risikotragung berechnet wird. Der Versicherer (wir) hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2.

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1.

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen:

Der Versicherer muss dem/der Versicherten die folgenden Informationen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;

5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2.

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Unfalltodversicherung

Bei dieser Unfalltodversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Ende der Hinweise zum Rücktrittsrecht

Datenschutzerklärung von AmTrust

AmTrust (unten folgt eine nähere Definition) verarbeitet in Verbindung mit dem von Ihnen bekundeten Interesse an einer Versicherung, der Zeichnung Ihrer Versicherung oder Ihrer Schadensmeldung Ihre personenbezogenen Daten. Wenn nicht anders angegeben, gelten die nachfolgenden Informationen für folgende Gesellschaften:

- a. AmTrust International Underwriters DAC (169384) („AIU“);
- b. AmTrust Nordic AB (556671-5677) („AmTrust Nordic“) sowie
- c. AmTrust Insurance Services Sweden AB (556885-4300) („AISS“).

Diese Datenschutzerklärung gilt für AIU, AmTrust Nordic und AISS (AIU, AmTrust Nordic und AISS werden hiernach gemeinsam als „**AmTrust**“, „**uns**“ oder „**wir**“ bezeichnet). Zuständig für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die AmTrust-Gesellschaft, mit der Sie einen Vertrag haben oder die ansonsten für die Versicherung zuständig ist, die für Sie gilt. Angaben hierzu finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen. Diese Erklärung ist eine Zusammenfassung dessen, wie AmTrust Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet und welche Rechte Sie im Hinblick auf unsere Verarbeitung von personenbezogenen Daten haben. Detailliertere Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch AmTrust finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung auf der Homepage von AmTrust: www.amtrustnordic.com/privacy-policy. Wenn Sie ein Exemplar unserer Datenschutzerklärung wünschen, wenden Sie sich bitte unter der unten genannten E-Mail-Adresse an unseren Datenschutzbeauftragten (siehe Punkt 5).

1. Welche Informationen erheben wir?

Bei den personenbezogenen Daten, die wir verarbeiten, handelt es sich vor allem um solche Daten, die Sie uns mitgeteilt haben, aber es kann sich auch um Daten handeln, die von Dritten eingeholt wurden. Dritte, von denen wir Daten einholen können, sind beispielsweise öffentliche Quellen wie Melderegister und Steuerbehörden, aber auch andere externe Quellen wie Arbeitgeber und Arbeitslosenkassen sowie andere Versicherungsgeber, Versicherungsmakler oder Kooperationspartner, mit denen wir zusammenarbeiten. Wir können folgende personenbezogene Daten über Sie verarbeiten:

- allgemeine Identifizierungs- und Kontaktdaten sowie sonstige Informationen, die es uns ermöglichen, Ihnen Produkte und Dienstleistungen bereitzustellen;
- finanzielle Informationen und Kontodaten;
- Informationen, die wir nach dem Gesetz verarbeiten müssen, darunter Informationen, die erforderlich sind, um Betrugsfälle festzustellen, zu verhindern und aufzuklären oder Kontrollen im Hinblick auf finanzielle Sanktionslisten auszuführen;
- aufgezeichnete Telefonate sowie
- Marketingpräferenzen.

In dem Umfang, in dem solche Informationen notwendig sind, können wir auch sensible personenbezogene Daten wie Angaben zu Gesundheit und Gewerkschaftszugehörigkeit einholen; wir sind berechtigt, solche Angaben zu verarbeiten, um rechtliche Ansprüche festzustellen, geltend zu machen oder zu verteidigen.

2. Was machen wir mit Ihren Informationen?

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt, wenn eine solche Verarbeitung aufgrund der vertraglichen Verpflichtungen von AmTrust Ihnen gegenüber notwendig ist, aufgrund von gesetzlichen Anforderungen oder weil wir berechtigt sind, solche Angaben zu verarbeiten, um rechtliche Ansprüche festzustellen, geltend zu machen oder zu verteidigen. Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, um unsere berechtigten Interessen wahrzunehmen, darunter Marketing oder Produktentwicklung. Personenbezogene Daten, die nicht mehr für die Zwecke, die in unserer vollständigen Datenschutzerklärung genannt sind, benötigt werden, werden dem Gesetz entsprechend gelöscht.

3. Weitergabe von personenbezogenen Daten

In den Fällen, in denen dies notwendig ist, wird AmTrust Ihre personenbezogenen Daten an andere Unternehmen im selben Konzern, an Vertriebspartner, Dienstleister oder staatliche und andere öffentliche Behörden und Stellen weitergeben. Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der EU/des EWR verarbeitet werden. AmTrust wird Ihre personenbezogenen Daten jedoch nur dann in Länder außerhalb der EU/des EWR weitergeben, wenn das Empfängerland ein Schutzniveau hat, das von der EU als adäquat anerkannt wurde, oder andernfalls wenn der Empfänger sich verpflichtet hat, Ihre personenbezogenen Daten nach EU-Recht zu schützen. Mit Dienstleistern oder anderen Gesellschaften, die nicht selbst für die Verarbeitung personenbezogener Daten zuständig sind, hat AmTrust Auftragsverarbeitungsverträge geschlossen, um die Verarbeitung personenbezogener Daten zu regeln.

4. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Marketingmaßnahmen abzulehnen oder Ihre Marketingpräferenzen zu ändern, Registerauszüge zu den personenbezogenen Daten, die wir über Sie verarbeiten, anzufordern, Ihr Einverständnis zur Verarbeitung sensibler personenbezogener Daten zu widerrufen und bei der für den Umgang mit personenbezogenen Daten zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten durch AmTrust einzulegen. In bestimmten Fällen sind Sie auch berechtigt, Ihre Daten löschen oder berichtigen zu lassen, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu beschränken oder ihr zu widersprechen, eine Kopie Ihrer personenbezogenen Daten zu erhalten (Datenportabilität) und einer automatisierten Beschlussfassung und einem Profiling zu widersprechen.

5. Kontaktdaten

Wenn Sie sich bezüglich unserer Verarbeitung personenbezogener Daten mit AmTrust in Verbindung setzen möchten oder Ihre oben beschriebenen Rechte ausüben möchten, können Sie sich unter der folgenden E-Mail-Adresse an den Datenschutzbeauftragten von AmTrust Nordic wenden:

dpo.nordic@amtrustgroup.com

oder per Post an **Dataskyddsombud, AmTrust Nordic AB, Linnégatan 14, 114 47 Stockholm.**

Wenn sich Ihre Frage auf AmTrust International Underwriters

DAC bezieht: **Data Protection Officer, AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48, Irland.**

Die vollständige Datenschutzerklärung von AmTrust sowie Kontaktdaten aller AmTrust-Gesellschaften finden Sie auf unserer Homepage www.amtrustnordic.com.

Aktualisiert am 31.10.2023

KOSTENSCHUTZVERSICHERUNG

Allgemeine Versicherungsbedingungen zum 1. Dezember 2025

Mit den folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen („AVB“) möchten wir, die Am Trust International Underwriters DAC („Versicherer“, auch als „wir“ und „uns“ bezeichnet) Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen der Instabank ASA (die „Bank“ bzw. „Versicherungsnehmerin“) und uns als Versicherer gelten. Die Bank ist die Versicherungsnehmerin des mit uns geschlossenen Gruppenversicherungsvertrags, der auch für Sie als versichertes Mitglied auch als „Sie“ bezeichnet) verbindlich ist. Insbesondere bitten wir Sie als versichertes Mitglied, die Verpflichtungen zu beachten, die im Versicherungsfall zu erfüllen sind.

Gegenstand dieser Versicherung ist die Bereitstellung von Versicherungsleistungen beivorübergehender Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilliger Arbeitslosigkeit, schwerer Krankheit oder Unfalltod des versicherten Mitglieds gemäß den in diesen AVB festgelegten Bestimmungen. Der Umfang der versicherten Summen wird in vorliegenden AVB angegeben. Die AVB beschreiben auch die Ausschlüsse und Haftungsbeschränkungen des Versicherers.

Bitte beachten Sie insbesondere die Definitionen in Ziffer 2 der AVB. Diese Begriffe haben eine spezielle Bedeutung und sind in vorliegendem Dokument kursiv geschrieben.

ÜBERBLICK ÜBER DEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

	Qualifikationszeitraum	Wartezeit	Versicherte Summe
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	90 Tage	30 Tage	€ 300 pro Monat, beschränkt auf maximal 12 Monate.
Unfreiwillige Arbeitslosigkeit	90 Tage	30 Tage	€ 300 pro Monat, beschränkt auf maximal 12 Monate.
Schwere Krankheit	90 Tage	30 Tage	€ 3.600
Unfalltod	0 Tage	0 Tage	€ 3.600

KONTAKT

Haben Sie Fragen?

Kundendienst

Kontakt

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Versicherung haben, können Sie jederzeit die Website der *Bank* aufrufen. Gern können Sie sich auch an den Kundendienst wenden.

Anmelden von Ansprüchen

Schadensregulierer

claimstravel@ie.sedgwick.com

Melden Sie den Versicherungsanspruch einfach unter <https://intake.sedgwick.com/u/AmTrustClaims/Home> Bei sonstigen Fragen zu Ihrem Anspruch wenden Sie sich bitte an den Schadensregulierer.

1. VERTRAGLICHE INFORMATIONEN

1.1 Versicherer

AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland, Unternehmensnummer 169384. Der *Versicherer* ist eine Versicherungsgesellschaft mit Sitz in der Republik Irland in der Rechtsform einer „Designated Activity Company“. Der *Versicherer* ist von der entralbank von Irland (Central Bank of Ireland) unter der Unternehmensnummer C33525 zugelassen und wird von dieser reguliert. Diese Angaben können im Register der Zentralbank von rland unter www.centralbank.ie überprüft werden.

1.2 Versicherungsnehmer

Instabank ASA, Handelsregisternummer 816914582, Drammensveien 175, 0277 Oslo, Norwegen. Der *Versicherer* hat einen *Gruppenversicherungsvertrag* mit der *Bank* abgeschlossen. Die *Bank* ist die *Versicherungsnehmerin* im Rahmen des *Gruppenversicherungsvertrags*. Einzelpersonen, die einen Kreditkartenvertrag mit der *Bank* abgeschlossen haben, können im Rahmen des *Gruppenversicherungsvertrags* *versicherte Mitglieder* werden, sofern sie die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft erfüllen. Die *Bank* handelt auch als Vertriebspartner und die Verwalter des *Gruppenversicherungsvertrags*. Die *Bank* ist von der norwegischen Finanzaufsichtsbehörde zugelassen und wird von dieser reguliert. Diese Angaben können im Register der norwegischen Finanzaufsichtsbehörde unter www.finanstilsynet.no überprüft werden.

1.3 Versichertes Mitglied

Eine Person, die zum Zeitpunkt des Antrags die in Ziffer 3 der AVB genannten Anforderungen für die Mitgliedschaft erfüllt und ein Angebot der *Bank* angenommen hat, ein *versichertes Mitglied* im Rahmen des *Gruppenversicherungsvertrags* zu werden.

2. DEFINITIONEN

Bank: Instabank ASA, Handelsregisternummer 816914582, Drammensveien 175, 0277 Oslo, Norwegen.

Arbeitnehmer in Festanstellung: Eine Person, die gegen Bezahlung unter der Aufsicht einer anderen Person, einer Organisation oder eines Unternehmens in der Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage eines unbefristeten Arbeitsvertrags arbeitet. Im Rahmen des unbefristeten Arbeitsvertrags muss die Person im Durchschnitt mindestens 18 Stunden pro Woche für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate arbeiten, um gemäß AVB als *Arbeitnehmer in Festanstellung* zu gelten.

Wenn eine Person ohne vertragliches Gehalt für die Arbeit eingestellt wurde (z. B. karitative Tätigkeit, freiwillige Arbeit oder ähnliche Vereinbarungen), oder wenn die Tätigkeit in einer Organisation oder einem Unternehmen dem Mitarbeiter einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidungen der Organisation oder des Unternehmens durch eine Gesellschaftervereinbarung oder ähnliche Wege verschafft, gilt diese Person nicht als *Arbeitnehmer in Festanstellung* gemäß vorliegender AVB.

Arbeitnehmer in zeitlich befristeter Anstellung: Eine Person, die gegen Bezahlung unter der Aufsicht einer anderen Person, einer Organisation oder eines Unternehmens in der Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage eines zeitlich befristeten Arbeitsvertrags arbeitet. Im Rahmen des zeitlich befristeten Arbeitsvertrags muss die Person im Durchschnitt mindestens 18 Stunden pro Woche für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate arbeiten, um gemäß AVB als *Arbeitnehmer in zeitlich befristeter Anstellung* zu gelten.

Wenn eine Person ohne vertragliches Gehalt arbeitet (z. B. karitative Tätigkeit, freiwillige Tätigkeit oder ähnliche Vereinbarungen), oder wenn die Tätigkeit in einer Organisation oder einem Unternehmen dem Mitarbeiter einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidungen der Organisation oder des Unternehmens durch eine Gesellschaftervereinbarung oder ähnliche Wege verschafft, gilt die Person nicht als *Arbeitnehmer mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* gemäß der vorliegenden AVB.

Schwere Krankheit: Als *schwere Krankheit* gelten die in Ziffer 0 aufgeführten Erkrankungen, die von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt festgestellt/bescheinigt wurden, der er als Spezialist in dem jeweiligen medizinischen Gebiet der *schweren Krankheit* tätig ist. Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger verwenden möglicherweise eine andere Definition des Begriffs „Schwere Krankheit“. Für den Versicherungsschutz gemäß der vorliegenden AVB ist ausschließlich die hierin gewählte Definition maßgebend.

Unfalltod: Bei *Unfalltod* verstirbt die *versicherte Person* aufgrund eines *Unfalls*, der sich im Versicherungszeitraum ereignet.

Unfall: Ein *Unfall* wird definiert als plötzliches, unvorhergesehenes und unfreiwilliges Ereignis, das durch externe, sichtbare und gewaltsame Geschehnisse verursacht wird und zu einem körperlichen Schaden des *versicherten Mitglieds* führt.

Wartezeit Die *Wartezeit* entspricht dem Zeitraum nach dem *Ereignisdatum*, in dem der *Versicherungsfall* vom *Versicherer* nicht erstattet wird, d. h. der Zeitraum, den das *versicherte Mitglied* warten muss, bis die Versicherung Leistungen zahlt. Die *Wartezeit* für Leistungen wegen *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, unfreiwilliger Arbeitslosigkeit und schwerer Krankheit* beträgt 30 Tage. Der *Unfalltod* unterliegt keiner *Wartezeit*.

Ereignisdatum: Das *Ereignisdatum* wird je nach der Art des in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes wie folgt definiert:

- a) Bei *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* – der erste Tag einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, die als solche von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt bescheinigt wird.
- b) Bei *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit* (*Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag*) – das Datum, an dem das *versicherte Mitglied* bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos registriert wird und ihm von der Bundesagentur für Arbeit Arbeitslosengeld bewilligt wird.
- c) Bei *schwerer Krankheit* – der Tag, an dem die *schwere Krankheit* von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt, der als Spezialist in dem jeweiligen medizinischen Gebiet der *schweren Krankheit* tätig ist, diagnostiziert wird.
- d) Bei *Unfalltod* - der Tag, an dem der Tod eintritt.

Benachrichtigungsdatum: Der Tag, an dem der Arbeitgeber das *versicherte Mitglied* über die Kündigung informiert oder das *versicherte Mitglied* eine schriftliche Kündigung seines Beschäftigungsverhältnisses erhält, je nachdem, was zuerst eintritt.

Versichertes Mitglied: Wie in Ziffer 1.3 definiert.

Versicherungsbestätigung: Das Dokument, in dem die *Bank* dem *versicherten Mitglied* im Namen des *Versicherers* Umfang und Dauer des Versicherungsschutzes bestätigt.

Datum des Versicherungsbeginns: Das Datum, an dem das *versicherte Mitglied* die *Versicherungsbestätigung* erhält, vorausgesetzt der erste Versicherungsbeitrag wurde bezahlt.

Versicherer: Wie in Ziffer 1.1 definiert.

Versicherungslaufzeit: Die *Versicherungslaufzeit* entspricht dem in der *Versicherungsbestätigung* angegebenen vereinbarten Zeitraum, während dem der Versicherungsschutz gilt. Die *Versicherungslaufzeit* wird auf der Grundlage des *Gruppenversicherungsvertrags* bestimmt, d. h. der Versicherungsschutz für alle *versicherten Mitglieder* wird am *Verlängerungsdatum* verlängert, unabhängig davon, wann das *versicherte Mitglied* dem *Gruppenversicherungsvertrag* beigetreten ist, sofern in der *Versicherungsbestätigung* nichts anderes angegeben wird. Das *versicherte Mitglied* kann die Mitgliedschaft im *Gruppenversicherungsvertrag* und damit die Versicherung während der *Versicherungslaufzeit* jederzeit unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen schriftlich bei der *Bank* kündigen (siehe Ziffer 12 der AVB).

Gruppenversicherungsvertrag: Ein *Gruppenversicherungsvertrag* ist definiert als der Versicherungsvertrag zwischen der *Bank* und dem *Versicherer*, der auch für die *versicherten Mitglieder* verbindlich ist. Der *Gruppenversicherungsvertrag* bildet die Grundlage für diese AVB.

Verlängerungsdatum: Das *Verlängerungsdatum* entspricht dem Datum, an dem der *Gruppenversicherungsvertrag* verlängert wird. Der *Gruppenversicherungsvertrag* verlängert sich automatisch am 1. Januar eines Jahres, sofern er nicht von der *Versicherungsnehmerin* oder dem *Versicherer* gekündigt wird (siehe Ziffer 12 der AVB).

Versicherungsfall (versichertes Ereignis): Das Ereignis, das die Verpflichtung des *Versicherers* zur Leistung einer Zahlung auslöst. Der *Versicherungsfall* muss während der *Versicherungslaufzeit* eintreten.

Unfreiwillige Arbeitslosigkeit: Wenn das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* ist, wird *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* als Kündigung, Freistellung, Stellenabbau oder dauerhafte Entlassung verstanden, die/der nicht durch eigenes Verhalten, Fehlverhalten, eine Entscheidung oder auf Wunsch des *versicherten Mitglieds* herbeigeführt wurde und am oder vor dem *Datum des Versicherungsbeginns* nicht erwartet oder vorhergesehen wurde. Wenn das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* ist, wird *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* als vorzeitige Beendigung eines zeitlich befristeten Arbeitsvertrags verstanden, die nicht darauf beruht, dass der zeitlich befristete Arbeitsvertrag wie vorgesehen endet, und auch nicht durch das eigene Verhalten, Fehlverhalten, die Entscheidung oder den Wunsch des *versicherten Mitglieds* herbeigeführt wurde und am oder vor dem *Datum des Versicherungsbeginns* nicht erwartet oder vorhergesehen wurde.

Unabhängig davon, ob das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* ist, muss das *versicherte Mitglied* bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sein und Arbeitslosengeld beziehen dürfen, um Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Versicherung zu haben.

Monatliche Leistung: Die monatliche Leistung für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* beträgt € 300.

Versicherungsnehmerin: Wie in Ziffer 1.2 definiert.

Qualifikationszeitraum: Der *Qualifikationszeitraum* entspricht der Anzahl aufeinanderfolgender Tage ab dem

Datum des Versicherungsbeginns bis zu dem Zeitpunkt, an dem das *versicherte Mitglied* einen Versicherungsanspruch gemäß Versicherungsvertrag geltend machen kann. *Versicherungsfälle*, die während des *Qualifikationszeitraums* eintreten, werden vom Versicherer nicht entschädigt. Der *Qualifikationszeitraum* für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und schwere Krankheit* beträgt 90 Tage. Der *Unfalltod* unterliegt keinen *Qualifikationszeiträumen*.

Requalifikationszeitraum: Die *Requalifikationszeitraum* bezieht sich auf den Zeitraum, den das *versicherte Mitglied* warten muss, bevor es erneut Ansprüche im Rahmen desselben Versicherungsschutzes geltend machen kann.

Der *Requalifikationszeitraum* für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* beträgt 180 Tage. Wenn ein neuer *Versicherungsfall* eintritt, unterliegt er einer erneuten *Wartezeit*. Das bedeutet, dass das *versicherte Mitglied* 30 Tage warten muss, bevor die Versicherung eine Zahlung leistet (siehe Ziffer 0).

Der *Requalifikationszeitraum* für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* variiert je nachdem, ob das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* ist. Für *Arbeitnehmer in Festanstellung* und *mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* beträgt der *Requalifikationszeitraum* 12 Monate, was bedeutet, dass das *versicherte Mitglied* vor dem neuen *Versicherungsfall* die Arbeit als *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *Arbeitnehmer mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* für mindestens 18 Stunden pro Woche und mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate wieder aufgenommen haben muss.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: *Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* entspricht einer absoluten (100%-igen) Arbeitsunfähigkeit infolge eines *Unfalls* oder einer Erkrankung, die das *versicherte Mitglied* an der Ausübung der beruflichen Tätigkeit oder der Teilnahme an einer beliebigen Arbeitstätigkeit hindert, sofern es sich nicht um eine geringfügige Beschäftigung handelt, was für das *versicherte Mitglied* zu einem vollständigen Verlust der Fähigkeit, Einkommen zu erzielen, führt. Zur Anerkennung einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* im Rahmen der Versicherung muss diese von einem Arzt festgestellt/bescheinigt werden, der in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen ist und praktiziert. Die gesetzlichen Sozialversicherungsträger verwenden möglicherweise eine andere Definition des Begriffs „*vorübergehende Arbeitsunfähigkeit*“. Für den Versicherungsschutz gemäß der vorliegenden AVB ist ausschließlich die hierin gewählte Definition maßgebend.

Textform: Gemäß Gesetz gelten insbesondere Brief, Fax oder E-Mail als Textform (§ 126b BGB).

3. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT

Der Versicherungsschutz kann für Personen gelten, die zum Zeitpunkt der Registrierung einen Kreditkartenvertrag mit der *Bank* abgeschlossen haben, vorausgesetzt, dass die Person zum *Datum des Versicherungsbeginns*:

- mindestens 23 Jahre, jedoch unter 65 Jahre alt ist;
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, und
- ihren Arbeitsplatz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ UND VERSICHERTE SUMME

4.1 Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Mit den Beschränkungen, die sich aus den anderen Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen ergeben, kann der Versicherer eine *monatliche Zahlung* gemäß Ziffer 0 leisten, wenn das *versicherte Mitglied* infolge einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, die von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt festgestellt wurde, vollständig (zu 100 %) der Arbeit fernbleibt (*Ereignisdatum*). Der Anspruch auf Zahlung bei *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* entsteht, nachdem das *versicherte Mitglied* infolge einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage vollständig der Arbeit fernbleibt. Die Zahlung wird ab dem 31. Tag nach Ablauf der ersten 30 Tage einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* geleistet, gerechnet ab dem *Ereignisdatum* (*Wartezeit*). Die Zahlung ist an den Nachweis der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* gebunden, der dem Versicherer von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt vorgelegt wird und die Diagnose des *versicherten Mitglieds* umfasst, sowie an die Bedingung, dass das *versicherte Mitglied* sich für die Dauer der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* in ärztlicher Behandlung befindet.

Der Versicherer zahlt nicht für eine *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit*, die innerhalb von 90 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* eintritt (*Qualifikationszeitraum*). Der Versicherer kann verlangen, dass das *versicherte Mitglied* von einem unabhängigen Arzt untersucht wird (eine sogenannte „*zweite Meinung*“), der in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen ist und praktiziert und beurteilt, ob das *versicherte Mitglied* als *vorübergehend arbeitsunfähig* gemäß AVB einzustufen ist oder nicht.

Leistung im Fall vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Bei *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* wird die Entschädigung pro Tag berechnet und entspricht 1/30 der *monatlichen Leistung*. Die Leistung wird monatlich nachträglich für bis zur 12 Monate je *Versicherungsfall* gezahlt bis die erste der folgenden Bedingungen eintritt:

- das *versicherte Mitglied* nimmt die Arbeit wieder auf oder
- dem *versicherten Mitglied* wurde ein Betrag gezahlt, der 12 *monatlichen Leistungen* entspricht.

Der maximale Leistungszeitraum für einen *Versicherungsfall* ist auf 12 *monatliche Leistungen* begrenzt. Der maximale Leistungszeitraum für mehrfache *Versicherungsfälle* ist auf 36 *monatliche Leistungen* während der Laufzeit der Versicherung begrenzt. Die Versicherung deckt nur eine vollständige (100 %) vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* ab und es werden keine Leistungen für eine vorübergehende teilweise *Arbeitsunfähigkeit* gezahlt.

Im Falle von mehrfacher vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Wenn das *versicherte Mitglied* bereits zuvor einen Anspruch für vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* gemeldet und Leistungen nach Ziffer 4.1.2 erhalten hat, kann das *versicherte Mitglied* für weitere Leistungen qualifiziert sein, wenn ein neuer *Versicherungsfall* eintritt. Der neue *Versicherungsfall* unterliegt einer erneuten *Wartezeit*.

Sollte das *versicherte Mitglied* jedoch zur Arbeit zurückkehren und danach wiederum eine vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* innerhalb von 180 Tagen erfahren, wird dies als ein einziger *Versicherungsfall* betrachtet. In diesem Fall hat das *versicherte Mitglied* Anspruch auf eine Wiederaufnahme des ursprünglichen Versicherungsanspruchs. Dessen ungeachtet kann die maximale Leistung für einen *Versicherungsfall* niemals 12 *monatliche Leistungen* insgesamt überschreiten und der maximale Leistungszeitraum für mehrfache *Versicherungsfälle* ist auf 36 *monatliche Leistungen* während der Versicherungslaufzeit begrenzt.

Wenn das *versicherte Mitglied* bereits zuvor einen Anspruch für vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* gemeldet und 12 *monatliche Leistungen* nach Ziffer 0 erhalten hat, kann das *versicherte Mitglied* innerhalb von 180 Tagen (*Requalifikationszeitraum*) keinen neuen Anspruch für vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* mehr geltend machen.

Ausschlüsse:

Für vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* werden keine Leistungen gezahlt, wenn die vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit*:

- bereits am Datum des Versicherungsbeginns bestanden hat. Das gleiche gilt, wenn die Ursachen oder Folgen der vorübergehenden *Arbeitsunfähigkeit* bereits am Datum des Versicherungsbeginns bestanden haben.
- eine Folge von durch das *versicherte Mitglied* selbst beigebrachten Verletzungen ist.
- die Folge eines chirurgischen Eingriffs oder einer medizinischen Behandlung ist, der/die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurde (z. B. Schönheitsoperation).
- die Folge einer Bandscheibenverletzung oder einer Radikulopathie ist. Dies umfasst insbesondere Hexenschuss, Schmerzen im unteren Rücken, Ischiasbeschwerden, femorale Neuropathie, Zervikobrachialsyndrom, Bandscheibenprotrusion, Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Schmerzen am Steißbein, sofern diese körperlichen Beschwerden nicht von einem Facharzt für Orthopädie diagnostiziert und kontinuierlich bescheinigt werden.

Während der Dauer des gesetzlichen Elternschutzes besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen für vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit*. Dies gilt auch, wenn das *versicherte Mitglied Selbständiger* ist. Sollte das *versicherte Mitglied* aufgrund einer vorübergehenden *Arbeitsunfähigkeit* während der Dauer des gesetzlichen Elternschutzes nicht in der Lage sein, zu arbeiten, und die vorübergehende *Arbeitsunfähigkeit* nach Ablauf des Elternschutzes noch andauern, so werden ab dem Ende des gesetzlichen Elternschutzes Versicherungsleistungen gezahlt.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Ziffer 5 unten.

4.2 Unfreiwillige Arbeitslosigkeit

Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Mit den Beschränkungen, die sich aus den anderen Bestimmungen der Versicherungsbedingungen ergeben, kann der *Versicherer* eine *monatliche Zahlung* gemäß Ziffer 0 leisten, wenn das *versicherte Mitglied*, das ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder ein *Arbeitnehmer mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* ist, für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage unfreiwillig arbeitslos wird. Die Zahlung wird ab dem 31. Tag nach Ablauf der ersten 30 Tage einer *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* geleistet, berechnet ab dem *Ereignisdatum (Wartezeit)*.

Der *Versicherer* zahlt nicht für eine *unfreiwillige Arbeitslosigkeit*, die innerhalb von 90 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* eintritt (*Qualifikationszeitraum*). Der *Versicherer* haftet ebenfalls nicht für eine *unfreiwillige Arbeitslosigkeit*, wenn das *Benachrichtigungsdatum* in den *Qualifikationszeitraum* fällt.

Klarstellend sei vermerkt, dass Kurzarbeit (§ 169 SGB III - Sozialgesetzbuch, Buch III) im Sinne der AVB nicht als Arbeitslosigkeit betrachtet wird. Sollten Sie zu Beginn des Versicherungsschutzes Kurzarbeit ausüben, erstreckt sich der *Qualifikationszeitraum* bis zum Ende der Kurzarbeit, mindestens 30 Tage.

Arbeitslosengeld

Bei *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit* wird die Entschädigung pro Tag berechnet und entspricht 1/30 der *monatlichen Leistung*. Die Leistung wird monatlich nachträglich für bis zur 12 Monate je *Versicherungsfall* gezahlt bis die erste

der folgenden Bedingungen eintritt:

- das *versicherte Mitglied* nimmt die Arbeit wieder auf oder
- dem *versicherten Mitglied* wurde ein Betrag gezahlt, der 12 *monatlichen Leistungen* entspricht.

Der maximale Leistungszeitraum für einen *Versicherungsfall* ist auf 12 *monatliche Leistungen* begrenzt. Der maximale Leistungszeitraum für mehrfache *Versicherungsfälle* ist auf 36 *monatliche Leistungen* während der Laufzeit der Versicherung begrenzt.

Im Falle von mehrfacher unfreiwilliger Arbeitslosigkeit

Wenn das *versicherte Mitglied* bereits zuvor einen Anspruch für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* gemeldet und Leistungen nach Ziffer 4.2.2 erhalten hat, kann das *versicherte Mitglied* erst wieder einen neuen Anspruch für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* geltend machen, wenn sich das *versicherte Mitglied* als *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *Arbeitnehmer in zeitlich befristeter Anstellung* (gemäß Definition in Ziffer 2) requalifiziert hat.

Wenn das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder ein *Arbeitnehmer mit befristetem Arbeitsvertrag* ist, beträgt der *Requalifikationszeitraum* 12 Monate, d. h. dass das *versicherte Mitglied* vor dem *Versicherungsfall*, der zu einem neuen Anspruch führt, für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate mindestens 18 Stunden pro Woche in Festanstellung oder mit befristetem Arbeitsvertrag arbeitet.

Der *Requalifikationszeitraum* gilt jedoch nicht, wenn das *versicherte Mitglied* zur Arbeit zurückkehrt und dann erneut *unfreiwillig arbeitslos* wird, vorausgesetzt, dass das *versicherte Mitglied* dann nicht mehr als 180 aufeinanderfolgende Tage gearbeitet hat (sogenannte „**Leistungsunterbrechung**“). Im Fall einer *Leistungsunterbrechung* kann das *versicherte Mitglied* Anspruch auf eine Wiederaufnahme des ursprünglichen Versicherungsanspruchs haben. Sobald eine *Leistungsunterbrechung* endet, wird das Recht auf Leistungen wieder aufgenommen und die Leistung wird für den verbleibenden Zeitraum gezahlt. Die maximale Leistung für einen *Versicherungsfall* kann jedoch niemals 12 *monatliche Leistungen* insgesamt überschreiten und der maximale Leistungszeitraum für mehrfache *Versicherungsfälle* ist auf 36 *monatliche Leistungen* während der Laufzeit der Versicherung begrenzt.

Ausschlüsse:

Für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* werden keine Leistungen gezahlt, wenn Folgendes zutrifft:

- Das *versicherte Mitglied* hatte bereits vor Einreichung des Antrags auf Beitritt zur Gruppenversicherung Kenntnis von einer bevorstehenden Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber.
- Das *versicherte Mitglied* hatte bereits vor Einreichung des Antrags auf Beitritt zur Gruppenversicherung eine schriftliche Entlassung oder Kündigung erhalten, oder zu diesem Zeitpunkt war ein Verfahren bezüglich des Arbeitsverhältnisses des versicherten Mitglieds vor Gericht anhängig.
- Das zeitlich befristete Arbeitsverhältnis des versicherten Mitglieds endete wie vorgesehen.
- Der/die Ehepartner/in des versicherten Mitglieds oder ein Verwandter ersten Grades war der Arbeitgeber des gekündigten Arbeitsverhältnisses, oder das *versicherte Mitglied*, dessen Ehepartner/in oder ein Verwandter ersten Grades ist oder war der alleinige Eigentümer, Mehrheitsgesellschafter oder ein Vertretungsorgan des Arbeitgebers des versicherten Mitglieds, sofern nicht die Kündigung die Folge einer Liquidation durch den Arbeitgeber und Einstellung der Geschäftsaktivität in Verbindung mit der Invalidität oder dem Tod des alleinigen Eigentümers, Mehrheitsgesellschafters oder Vertretungsorgans ist.
- Die Arbeitslosigkeit ist die Folge eines Streiks oder einer Aussperrung.
- Das *versicherte Mitglied* ist verantwortlich für die Arbeitslosigkeit, zum Beispiel durch Kündigung aufgrund des Verhaltens oder fristloser Kündigung durch den Arbeitgeber.

Der *Versicherer* zahlt keine Leistung für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* für Zeiträume, in denen das *versicherte Mitglied* vor dem vom Arbeitgeber des *versicherten Mitglieds* genannten rechtswirksamen Kündigungsdatum die Arbeit einstellt, oder für den Zeitraum, ab dem es dem *versicherten Mitglied* erlaubt wurde, die Arbeit ruhen zu lassen bis zum Ablauf der vereinbarten/rechtlichen Kündigungsfrist.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Ziffer 5 unten.

4.3 Schwere Krankheit

Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Der *Versicherer* kann Leistungen gemäß Ziffer 0 zahlen, wenn das *versicherte Mitglied* im *Versicherungszeitraum* an einer *schweren Krankheit* leidet.

Der *Versicherer* zahlt nicht für eine *schwere Krankheit*, die innerhalb von 90 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* eintritt (*Qualifikationszeitraum*). Für die ersten 30 Tagen nach dem *Ereignisdatum (Wartezeit)* wird keine Leistung gezahlt.

Leistungen bei schwerer Krankheit

Wenn das *versicherte Mitglied* im *Versicherungszeitraum* an einer *schweren Krankheit* leidet, zahlt

der *Versicherer* eine pauschale Summe von € 3.600.

Die Leistungen für eine *schwere Krankheit* können in dem Versicherungszeitraum nur für eine (1) *schwere Krankheit* gezahlt werden. Sollte jedoch eine weitere *schwere Krankheit* diagnostiziert werden, können Sie sich immer noch für Leistungen im Falle einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* gemäß Ziffer 4.1 qualifizieren.

Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherung?

Als *schwere Krankheit* gelten die nachstehend genannten Erkrankungen, vorausgesetzt, dass die *schwere Krankheit* während des *Versicherungszeitraums* von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt festgestellt/bescheinigt wurde, der als Facharzt in dem jeweiligen medizinischen Gebiet tätig sein muss.

Krebs: Alle bösartigen Tumore, die durch histologische Befunde über die Stufe T1 hinaus positiv diagnostiziert wurden und die durch unkontrolliertes Wachstum von bösartigen Zellen und Invasion ins Gewebe gekennzeichnet sind. Im Rahmen dieser AVB umfasst der Begriff „Krebs“ auch die bösartigen Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, einschließlich Leukämie, Lymphome und Lymphdrüsengeschwülste. Prostatatumore müssen über die Klassifikation T2 hinaus positiv diagnostiziert werden, damit der Versicherungsschutz gilt. Es muss eine definitive Diagnose der Krebserkrankung durch einen Onkologen vorliegen, die durch entsprechende medizinische Berichte, Tests und Untersuchungen gestützt wird.

Herzinfarkt: Absterben des Herzmuskels aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Myokardinfarkt). Es muss eine definitive Diagnose eines akuten Myokardinfarkts durch einen Kardiologen nach den Vorschriften der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vorliegen, gestützt durch entsprechende medizinische Berichte, Tests und Untersuchungen.

Schlaganfall: Absterben von Hirngewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung oder Hirnblutung mit der Folge einer dauerhaften Hirnschädigung (Hirninfarkt). Es muss eine definitive Diagnose eines Hirninfarkts durch einen Neurologen vorliegen, gestützt durch entsprechende medizinische Berichte, diagnostische Bildgebung (Computertomographie, MRT).

Erblindung: Ein vollständiger, dauerhafter und irreversibler Verlust der Sehfähigkeit beider Augen, die durch medizinische oder optische Maßnahmen nicht verbessert werden kann. Es muss eine definitive Diagnose der Erblindung durch einen Augenarzt vorliegen, gestützt durch entsprechende medizinische Berichte, Tests und Untersuchungen.

Ertaubung: Ein vollständiger, dauerhafter und irreversibler Verlust der Hörfähigkeit, die durch medizinische oder optische Maßnahmen nicht verbessert werden kann. Die Diagnose muss von einem HNO-Spezialisten gestellt werden, gestützt durch entsprechende medizinische Berichte, Tests und Untersuchungen.

Operation am offenen Herzen: Eine Operation am offenen Herzen auf Anraten eines Kardiologen, die eine mediane Sternotomie erforderlich macht (ein Verfahren zur Durchtrennung des Brustbeins), um eine strukturelle Anomalie des Herzens zu korrigieren. Die Operation am offenen Herzen ist von einem Herzchirurgen durchzuführen. Angioplastie, Laser- oder andere intraarterielle Verfahren fallen nicht unter diese Definition. Die Tatsache, dass sich das *versicherte Mitglied* einer Operation am offenen Herzen unterzogen hat, muss durch entsprechende medizinische Berichte gestützt werden.

Große Organtransplantation: Der Empfang eines Transplantats aus Knochenmark oder eines kompletten Herzens, einer Niere, der Bauchspeekeldrüse, einer ganzen Leber oder eines Teils (Lappen) einer Leber oder Lunge(n). Die Transplantation ist von einem Transplantationschirurgen durchzuführen. Die Tatsache, dass sich das *versicherte Mitglied* einer großen Organtransplantation unterzogen hat, muss durch entsprechende medizinische Berichte gestützt werden.

Nierenversagen: Chronisches Versagen beider Nieren im Endstadium, wobei sich das *versicherte Mitglied* infolge eines Nierenversagens einer regelmäßigen, medizinisch notwendigen Hämodialyse oder Peritonealdialyse unterzieht, die von einem Nephrologen genehmigt wurde. Es muss eine definitive Diagnose des Nierenversagens durch einen Nephrologen vorliegen, gestützt durch entsprechende medizinische Berichte, Tests und Untersuchungen.

Ausschlüsse:

Für eine *schwere Krankheit* werden keine Leistungen gezahlt, wenn Folgendes zutrifft:

- Der *Versicherungsfall* ist eine Folge einer vom *versicherten Mitglied* selbst herbeigeführten Krankheit, selbst beigebrachten Verletzung oder eines Suizidversuchs.
- Der *Versicherungsfall* wird durch eine der nachstehend genannten Krankheiten verursacht und das *versicherte Mitglied* war sich dessen zum *Datum des Versicherungsbeginns* bewusst und erhielt während der letzten 12 Monate vor dem *Datum des Versicherungsbeginns* medizinische Beratung oder eine medizinische Behandlung hinsichtlich dieser Krankheit. Dieser Ausschluss gilt nur, wenn der *Versicherungsfall* innerhalb der ersten 24 Monate ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* eintritt. Die folgenden Krankheiten sind von diesem Ausschluss betroffen:

- eine der folgenden Herzerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Herzinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit, koronare Herzkrankheit, Herzversagen, ardiomyopathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Aneurysma, Herzrhythmusstörung, Myokarditis, Herzkappeninsuffizienz und Stenose, Embolien;
- eine der folgenden Hirnerkrankungen: Gehirnblutung, Schlaganfall, zerebrale Arteriosklerose, Hirnvenenthrombose;
- eine der folgenden Stoffwechselerkrankungen: insulinabhängiger Diabetes mellitus, Adipositas, Rheumatismus, Gicht;
- eine der folgenden Erkrankungen der Verdauungsorgane: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Darmverschluss, Ösophagusvarizen, Magengeschwür und Darmgeschwür, Leberzirrhose, Leberinsuffizienz, Pankreatitis;
- eine der folgenden Lungenerkrankungen oder Atemwegserkrankungen: chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Bronchialasthma, Lungenembolie, Lungenödem, Schlafapnoe-Syndrom;
- eine der folgenden neurologischen Erkrankungen: Parkinson, Multiple Sklerose, Demenz, Epilepsie;
- jede Art von Krebserkrankung;
- eine der folgenden Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Knochen oder des Muskel-Skelett-Systems: Arthrose, Lumbalsyndrom, Brust- oder Nackenwirbelsyndrom, Bandscheibenvorfall, Bandscheibenprotrusion, Impingement-Syndrom, Osteoporose, rakturen, Sehnenruptur und Bänderriss;
- Arthritis, Hexenschuss, Sehnscheidenentzündung, Epicondylitis, Meniskusschaden, Schleimbeutelentzündung;
- eine der folgenden Infektionskrankheiten: HIV-Infektionen/Aids, Hepatitis, Borreliose;
- eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit; oder
- Nierenversagen, Niereninsuffizienz.

Für eine *schwere Krankheit* besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Hautkrebs (außer bei invasiven Melanomen) oder bei nicht-invasiven und *in situ*-Krebs (außer bei *in situ*-Brustkrebs mit einer anschließenden radikalen Mastektomie und Bestrahlungstherapie).

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Ziffer 5 unten.

4.4 Unfalltod

Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Der *Versicherer* kann Leistungen gemäß Ziffer 0 zahlen, wenn das *versicherte Mitglied* im *Versicherungszeitraum* aufgrund eines *Unfalls* verstirbt.

Leistung im Fall von Unfalltod

Wenn das *versicherte Mitglied* im *Versicherungszeitraum* aufgrund eines *Unfalls* verstirbt, zahlt der *Versicherer* eine pauschale Summe von € 3.600.

Voraussetzung für die Zahlung der Versicherungsleistungen ist, dass der *Versicherer* alle Dokumente und Informationen erhält, die zur Beurteilung des Anspruchs erforderlich sind (siehe Ziffer 0).

Ausschlüsse:

Der *Versicherer* zahlt keine Leistung, wenn der *Unfalltod* durch folgende Ursachen herbeigeführt wird:

- Selbstverletzung, Suizid oder versuchter Suizid, wenn der *Versicherungsfall* innerhalb der nächsten 36 Monate nach dem Stichtag der Aufnahme in den *Gruppenversicherungsvertrag* eintritt, sofern nicht bewiesen wird, dass die Tat in einem Zustand einer krankhaften seelischen Störung begangen wurde, welche eine freie Willensentscheidung ausschließt;
- Infektionen, sofern nicht aufgrund eines *Unfalls* pathogene Keime in den Körper gelangt sind (z. B. durch eine Einstichstelle).
- Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen toxischen oder psychotropen Substanzen.

Siehe auch die allgemeinen Ausschlüsse in Ziffer 5 unten.

5. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Die folgenden Ausschlüsse gelten für den Versicherungsschutz gemäß der Beschreibung in Ziffer 4.

Der *Versicherer* zahlt außerdem keine Leistungen, die direkt oder indirekt auf Folgendes zurückzuführen sind:

- Kriegsereignisse. Der *Versicherer* zahlt jedoch keine Leistungen aufgrund von *Unfalltod*, der in irektem oder indirektem Zusammenhang mit Kriegsereignissen steht, wenn das *versicherte Mitglied* sich im Ausland, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, aufhält, vorausgesetzt, dass das *versicherte Mitglied* nicht aktiv an den Kriegsereignissen beteiligt war.

- Bürgerkrieg, Revolten, Aufstände oder Terrorismus, unabhängig vom Ort, an dem das Ereignis stattfindet und wer die Protagonisten sind, vorausgesetzt, dass das *versicherte Mitglied* nicht aktiv an diesen Ereignissen beteiligt war.
- Auswirkungen einer Explosion, Wärmeabstrahlung oder Strahlung aufgrund nuklearer Transmutation.
- Der Schaden ist eine Folge von kriminellen oder illegalen Handlungen des *versicherten Mitglieds*.
- Ein Unfall durch Alkoholmissbrauch, Medikamentenmissbrauch oder Drogenmissbrauch.
- Verstöße, Fahrlässigkeit oder grobe Fahrlässigkeit.

6. BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEN VERSCHIEDENEN ARTEN VON VERSICHERUNGSSCHUTZ

Solange Leistungen im Rahmen eines Versicherungsschutzes gezahlt werden, hat das *versicherte Mitglied* kein Anrecht auf die Zahlung im Rahmen eines weiteren Versicherungsschutzes

7. ZAHLUNG VON LEISTUNGEN

Alle Entschädigungen im Rahmen dieser Versicherung sind an die *versicherte Person* auszuzahlen. Die Wahl einer begünstigten Person durch das *versicherte Mitglied* (§ 159 VVG) ist ausgeschlossen.

Abweichend von § 44 (2) VVG kann das *versicherte Mitglied* (oder bei *Unfalltod* die Erben der *versicherten Person*) Ansprüche aus einem *Versicherungsfall* im eigenen Namen vor Gericht auch ohne die Zustimmung der *Bank* geltend machen.

Abweichend von § 35 VVG hat der *Versicherer* keine Aufrechnungsrechte gegenüber dem *versicherten Mitglied*.

8. VERSICHERUNGSBEITRÄGE

8.1 Zahlung von Versicherungsbeiträgen

Der Versicherungsbeitrag wird monatlich abgebucht. Sie müssen uns die Zustimmung zur Abbuchung des Versicherungsbeitrags von Ihrem Konto erteilen. Andere Zahlungsmethoden sind ausgeschlossen.

8.2 Ausbleibende Zahlungen des Versicherungsbeitrags

Wenn das *versicherte Mitglied* den ersten Versicherungsbeitrag (Einlösungsprämie) nicht fristgerecht zahlt, hat der *Versicherer* das Recht, vom Vertrag zurückzutreten, solange der Versicherungsbeitrag nicht bezahlt ist, es sei denn, das *versicherte Mitglied* ist nicht für die Nichtzahlung verantwortlich.

Wenn die Einlösungsprämie bei Eintreten eines *Versicherungsfalls* nicht bezahlt ist, ist der *Versicherer* nicht zu der Zahlung von Leistungen verpflichtet, es sei denn, das *versicherte Mitglied* ist nicht für die Nichtzahlung verantwortlich.

Wenn das *versicherte Mitglied* den Folge-Versicherungsbeitrag nicht bezahlt (d. h. die Beiträge, die auf die Einlösungsprämie folgen), kann der *Versicherer* dem *versicherten Mitglied* (z. B. per E-Mail, Brief usw.) eine Zahlungsfrist von mindesten 14 Tagen setzen („**Zahlungserinnerung**“). Diese **Zahlungserinnerung** wird vom *Versicherer* über die *Bank* geschickt. Wenn der Folge- Versicherungsbeitrag nach der in der **Zahlungserinnerung** genannten Frist nicht bezahlt ist und ein *Versicherungsfall* eintritt, ist der *Versicherer* nicht zur Zahlung von Leistungen verpflichtet. Wenn der Folge-Versicherungsbeitrag nach der Frist nicht bezahlt ist, kündigt der *Versicherer* die Versicherung ohne gesonderte Mitteilung. Die Versicherung endet dann nach Ablauf der Frist.

9. LAUFZEIT

Die anfängliche Dauer des Versicherungsschutzes erstreckt sich vom *Datum des Versicherungsbeginns* bis zum *Verlängerungsdatum*, sofern in der *Versicherungsbestätigung* nicht anders angegeben. Danach verlängert sich der Versicherungsschutz automatisch um jeweils 12 Monate, sofern keine Kündigung erfolgt. Das *versicherte Mitglied* kann die Mitgliedschaft im *Gruppenversicherungsvertrag* und damit die Versicherung während der *Versicherungslaufzeit* jederzeit unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen schriftlich bei der *Bank* kündigen (siehe Ziffer 12 unten).

Die Versicherung endet automatisch, wenn die erste der folgenden Bedingungen eintritt:

- Das Datum, an dem das *versicherte Mitglied* 67 Jahre alt wird.
- Das Datum, an dem der zugrundeliegende Kreditkartenvertrag mit der *Bank* gekündigt wird.
- Das Datum, an dem das *versicherte Mitglied* insgesamt 36 *monatliche Leistungen* für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* während der Laufzeit der Versicherung erhalten hat.
- Bei Tod des *versicherten Mitglieds*.
- Drei (3) Monate nachdem Sie Ihren Wohnort oder ständigen Wohnsitz in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt haben.
- Das Datum, an dem die Versicherung aufgrund von Kündigung ausläuft (siehe Ziffer 12 unten).
- Das Datum, an dem der *Gruppenversicherungsvertrag* gekündigt wird.

Bei Vorruhestand oder endgültiger Pensionierung des *versicherten Mitglieds* endet die Versicherung vorzeitig. Das *versicherte Mitglied* muss die *Bank* informieren, sobald er/sie in Rente geht, so dass die *Bank* die Mitgliedschaft des *versicherten Mitglieds* im *Gruppenversicherungsvertrag* kündigen kann.

10. ÄNDERUNGEN

Falls eine Bestimmung in den AVB durch ein höheres Gericht oder einen endgültigen Verwaltungsbeschluss für unwirksam erklärt werden sollte, kann der *Versicherer* diese Bestimmung durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies für die Fortführung des Vertrags erforderlich ist oder wenn ein weiteres Festhalten am Vertrag ohne eine neue Regelung eine unzumutbare Härte für eine der Vertragsparteien darstellen würde, auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei.

Eine Änderung der AVB ist nur zulässig, wenn die Regelungslücke, die sich aus dem Vertrag ergeben hat, nicht durch eine gesetzliche Bestimmung geschlossen werden kann. Das *versicherte Mitglied* darf durch die neue Bestimmung nicht in eine schlechtere Position gebracht werden als die, in der es bei der ersetzen Bestimmung war. Dies gilt insbesondere für den Umfang des Versicherungsschutzes.

Die neue Bestimmung wird der *Bank* als *Versicherungsnehmerin* sowie dem *versicherten Mitglied* in Textform mitgeteilt.

11. RÜCKTRITSRECHT

Das *versicherte Mitglied* hat ein vertragliches Rücktrittsrecht. Das *versicherte Mitglied* kann seinen Antrag auf Beitritt zur Gruppenversicherung ohne Angaben von Gründen innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum widerrufen, an dem das *versicherte Mitglied* der Gruppenversicherung beitrat. Im Rücktrittsfall erhält das *versicherte Mitglied* eine einhundertprozentige (100 %) Erstattung aller gezahlten Versicherungsbeiträge. Das vollständige Formular zum Widerrufsrecht finden Sie in den Vertragsinformationen. Das *versicherte Mitglied* muss seinen Widerruf in Textform erklären und der *Bank* vorlegen:

Instabank ASA
Drammensveien 175
N-0277 Oslo
NORWEGEN
Email: kundenservice@instabank.de

12. KÜNDIGUNG

12.1 Kündigung durch das *versicherte Mitglied*

Das *versicherte Mitglied* kann die Mitgliedschaft im *Gruppenversicherungsvertrag* und damit den Versicherungsschutz jederzeit unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen schriftlich bei der *Bank* kündigen (siehe Kontaktdaten in Ziffer 11 oben). Bei Kündigung muss das *versicherte Mitglied* den Versicherungsbeitrag bis zur nächsten Versicherungsbeitragszahlung bezahlen und ist bis zu diesem Zeitpunkt versichert.

12.2 Kündigung des *Gruppenversicherungsvertrags*

Wenn der *Gruppenversicherungsvertrag* aufgrund von Maßnahmen der *Versicherungsnehmerin* oder des *Versicherers* gekündigt wird, endet der Versicherungsschutz für alle *versicherten Mitglieder*. Die *Versicherungsnehmerin* muss die *versicherten Mitglieder* über die Kündigung des *Gruppenversicherungsvertrags* schriftlich informieren. Der Versicherungsschutz endet an dem Tag, an dem die Benachrichtigung durch die *Versicherungsnehmerin* erfolgt, jedoch nicht früher als 60 Tage nach dem Datum, an dem die Benachrichtigung an das *versicherte Mitglied* versandt wurde.

12.3 Recht des *Versicherers* auf Kündigung der Versicherung

Der *Versicherer* kann die Versicherung gemäß geltendem Recht kündigen.

13. MELDEN EINES VERSICHERUNGSFALLS

13.1 Wie man einen Versicherungsfall meldet

Ansprüche und Fragen in Bezug auf Versicherungsfälle müssen unverzüglich an den vom *Versicherer* bestimmten Schadensregulierer auf dem Postweg oder per E-Mail gemeldet werden:

AmTrust International Underwriters DAC
c/o Sedgwick Outsource Services Ireland Ltd
Merrion Hall, Strand Road, Sandymount
Dublin 4
Irland
E-Mail: claimsinstabank@ie.sedgwick.com
Portal für Schadensmeldungen: <https://intake.sedgwick.com/u/AmtrustClaims/Home>

13.2 Wann ist der Versicherungsanspruch zu melden?

Der Versicherungsanspruch muss dem *Versicherer* innerhalb von drei (3) Monaten ab Eintritt gemeldet werden.

Wenn sich der Versicherungsanspruch auf *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* bezieht und die *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* länger als einen (1) Monat andauert, muss innerhalb von drei (3) Monaten ab dem Ende des Monats, für den eine Leistung beantragt wurde, beim Versicherer ein Nachweis über die Fortdauer (Folgebescheinigung) eingereicht werden.

Wenn dem *Versicherer* ein Versicherungsanspruch später als drei (3) Monate nach dessen Eintreten gemeldet wird oder wenn eine Folgebescheinigung später als drei (3) Monate nach dem Ende des Monats, für den eine Leistung beantragt wird, eingereicht wird, entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistungen frühestens in dem Monat der Mitteilung oder Einreichung.

13.3 Dokumentation im Schadensfall

Zur Beurteilung des Anspruchs muss das *versicherte Mitglied* (oder dessen rechtliche Erben bei *Unfalltod* des *versicherten Mitglieds*) die folgenden Dokumente zusammen mit einem Formular zur Schadenserklärung einreichen:

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

- Eine Kopie des ärztlichen Berichts oder eines ähnlichen Dokuments, der/das von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt wurde und die Diagnose sowie das Datum des Beginns der Krankheit angibt, die zur *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* geführt hat.
- Eine Bescheinigung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung des *versicherten Mitglieds* mit Angabe aller gestellten Diagnosen und Zeiten der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* seit dem Beginn des Versicherungsschutzes.

Falls weitere Dokumente erforderlich sind, kann der Schadensregulierer diese im Namen *Versicherers* zur Beurteilung des Anspruchs anfordern.

Im Falle einer fort dauernden *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* muss die fort dauernde *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* jeden Monat an den Schadensregulierer gemeldet werden.

Das *versicherte Mitglied* kann auch gebeten werden, sich einer medizinischen Untersuchung durch einen anderen Arzt oder medizinischen Sachverständigen, dessen Kosten der *Versicherer* übernimmt, zu unterziehen.

Unfreiwillige Arbeitslosigkeit:

Wenn das *versicherte Mitglied* ein *Arbeitnehmer in Festanstellung* oder *mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag* ist:

- eine Kopie des Arbeitsvertrags.
- eine Kopie des Kündigungsschreibens Ihres Arbeitgebers.
- eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit, aus der hervorgeht, dass Sie arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld beziehen.

Falls weitere Dokumente erforderlich sind, kann der Schadensregulierer diese im Namen *Versicherers* zur Beurteilung des Anspruchs anfordern.

Im Falle einer fort dauernden *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* muss die fort dauernde *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* jeden Monat an den Schadensregulierer gemeldet werden.

Schwere Krankheit

- Eine Kopie des ärztlichen Berichts oder eines ähnlichen Dokuments, der/das von einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt wurde, der ein Spezialist in dem jeweiligen medizinischen Bereich der schweren Krankheit ist, und die Diagnose sowie das Datum des Beginns der Krankheit angibt, die zur *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* geführt hat.
- Eine Bescheinigung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung des *versicherten Mitglieds* mit Angabe aller in den letzten drei (3) Jahren gestellten Diagnosen und aller Zeiten einer *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, wenn der Schadensfall innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt.

Unfalltod

- Eine offizielle Sterbeurkunde, d. h. eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung mit Angabe der Todesursache.

Es wird darauf hingewiesen, dass der *Versicherer* weitere Dokumente anfordern kann, die in den AVB nicht aufgelistet sind, wenn der *Versicherer* diese Dokumente für die Beurteilung des Anspruchs für erforderlich hält.

13.4 Verpflichtung zur Zahlung des Versicherungsbeitrags während der Schadensregulierung und bei Erhalt von monatlichen Leistungen

Während der Beurteilung des Anspruchs und des Zeitraums, in dem das *versicherte Mitglied* *monatliche Leistungen* erhält, ist das *versicherte Mitglied* verpflichtet, den Versicherungsbeitrag kontinuierlich zu zahlen, um zu vermeiden, dass der Versicherungsschutz aufgrund der Nichtzahlung von Versicherungsbeiträgen gekündigt wird.

14. GELTENDES RECHT UND GERICHTSSTAND

Der *Gruppenversicherungsvertrag* unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland und wird danach ausgelegt. Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem *Gruppenversicherungsvertrag* oder der Versicherungsvermittlung wird der Rechtsstreit von dem Bezirk entschieden, in dem sich der gewöhnliche Aufenthalt des *versicherten Mitglieds* befindet.

15. STEUERN

Alle Erstattungen, die sich aus dem Versicherungsschutz dieser Versicherung ergeben, sind gemäß den zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Gesetzen zu versteuern.

16. INTERNATIONALE SANKTIONEN

Ungeachtet der Bestimmungen in diesen AVB hat das *versicherte Mitglied* keinen Anspruch auf Zahlung:

- Wenn das *versicherte Mitglied* (oder seine Erben bei *Unfalltod* des *versicherten Mitglieds*) in einem mit Sanktionen belegten Land wohnt.
- Wenn das *versicherte Mitglied* in den Listen des Office of Foreign Assets Control of the United States of America (OFAC), auf der Liste von Specially Designated Nationals (SDN) oder auf der Liste der Specially Designated Sectoral Sanctions of OFAC oder sonstigen internationalen oder lokalen Sanktionslisten aufgeführt ist.
- Wenn ein Zahlungsanspruch in Verbindung mit Dienstleistungen geltend gemacht wird, die in einem sanktionierte Land erbracht wurden.

In keinem Fall übernimmt der *Versicherer* einen Versicherungsschutz oder die Zahlung von Leistungen, wenn Sie Sanktionen, Verbote oder Beschränkungen in Resolutionen der Vereinten Nationen (UN), der Vereinigten Staaten, der Europäischen Union (EU) oder einer gleichwertigen Organisation unterliegen könnten.