

KOSTENSCHUTZVERSICHERUNG

Allgemeine Versicherungsbedingungen zum 1. August 2026

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 bei *vorübergehender 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 Wenn Sie Fragen zu Ihrer Versicherung haben, können Sie jederzeit die Website der <i>Bank</i> aufrufen. Gern können Sie sich auch an den Kundendienst wenden.	Kontakt www.instabank.de
Anmelden von Ansprüchen	Schadensregulierer Melden Sie den Versicherungsanspruch einfach unter LINK Bei sonstigen Fragen zu Ihrem Anspruch wenden Sie sich bitte an den Schadensregulierer.	claimsinstabank@ie.sedgwick.com

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 Zentralbank von Irland (Central Bank of Ireland) unter der Unternehmensnummer C33525 zugelassen und wird von dieser reguliert. Diese Angaben können im Register der Zentralbank von Irland 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 4.3.3 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 das *versicherte Mitglied* 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 des Erhalts der *Versicherungsbestätigung* durch das *versicherte Mitglied*.

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 4.1.3).

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*:

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

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ UND VERSICHERTE SUMME

4.1 Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

4.1.1 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 4.1.2 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.

4.1.2 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.

4.1.3 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 4.1.2 erhalten hat, kann das *versicherte Mitglied* innerhalb von 180 Tagen (*Requalifikationszeitraum*) keinen neuen Anspruch für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* mehr geltend machen.

4.1.4 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**

4.2.1 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 4.2.2 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.

4.2.2 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.

4.2.3 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.

4.2.4 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

4.3.1 Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Der *Versicherer* kann Leistungen gemäß Ziffer 4.3.2 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.

4.3.2 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.

4.3.3 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 Lymphdrüsenkrebs. 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 Bauchspeicheldrüse, 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.

4.3.4 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, Kardiomyopathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Aneurysma, Herzrhythmusstörung, Myokarditis, Herzklappeninsuffizienz 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, Frakturen, Sehnenruptur und Bänderriss;
 - Arthritis, Hexenschuss, Sehnenscheidenentzündung, 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

4.4.1 Bedingungen für die Zahlung der Leistung

Der *Versicherer* kann Leistungen gemäß Ziffer 4.4.2 zahlen, wenn das *versicherte Mitglied* im *Versicherungszeitraum* aufgrund eines Unfalls verstirbt.

4.4.2 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 13.3.4).

4.4.3 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 direktem 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 das *versicherte Mitglied* auszusahlen. 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 monatliche Versicherungsbeitrag wird Ihrem Instabank Kreditkartenkonto belastet und erscheint auf Ihrer Monatsrechnung. 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 gezahlt 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 ersetzten 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. RÜCKTRITTSRECHT

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 beiträt. 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 (Folgebesccheinigung) eingereicht werden.

Wenn dem *Versicherer* ein Versicherungsanspruch später als drei (3) Monate nach dessen Eintreten gemeldet wird oder wenn eine Folgebesccheinigung 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:

13.3.1 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 fortdauernden *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* muss die fortdauernde *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.

13.3.2 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 fortdauernden *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* muss die fortdauernde *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* jeden Monat an den Schadensregulierer gemeldet werden.

13.3.3 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.

13.3.4 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 sanktionierten Land erbracht wurden.

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