Versicherungsbedingungen

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND VERBRAUCHERINFORMATION DES KREDITSCHUTZBRIEF (KSB) UND KREDITSCHUTZBRIEF PLUS (KSB Plus) UND ZUSATZBEDINGUNGEN DES KREDITSCHUTZBRIEF PLUS (KSB Plus)

Dem Kreditschutzbrief und dem Kreditschutzbrief Plus liegen Gruppenversicherungsverträge zwischen der Volkswagen Bank GmbH (Versicherungsnehmer) und Cardif zugrunde. Alle versicherbaren Personen, die mit dem Versicherungsnehmer einen Darlehensvertrag mit fest vereinbarten Rückzahlungsraten abgeschlossen haben, können zu diesen Gruppenversicherungsverträgen angemeldet werden und sind dann im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen als versicherte Personen versichert. Die versicherte Person muss ihren Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Kreditschutzbrief und den Kreditschutzbrief Plus

§ 1 Welchen Umfang hat der Kreditschutzbrief bzw. Kreditschutzbrief Plus?

Der Kreditschutzbrief sowie der Kreditschutzbrief Plus dienen der Absicherung von Zahlungsverpflichtungen der versicherten Person, die diese gegenüber dem Versicherungsnehmer aufgrund des zugrunde liegenden Darlehensvertrags eingegangen ist.

Der Kreditschutzbrief umfasst die Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit. Der Kreditschutzbrief Plus umfasst zusätzlich das Risiko Arbeitslosigkeit oder schwere Krankheit. Dieser Versicherungsschutz richtet sich nach dem sozialversicherungsrechtlichen Status der versicherten Person zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Anmeldeerklärung: Wenn die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist (Arbeitnehmer mit Ausnahme der Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns), umfasst der Versicherungsschutz zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit aus dem Kreditschutzbrief auch das Risiko Arbeitslosigkeit. Alle anderen versicherten Personen (z. B. Selbstständige, Beamte, Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns) erhalten zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit aus dem Kreditschutzbrief Versicherungsschutz gegen das Risiko schwere Krankheit.

§ 2 Was gilt bezüglich des Eintrittsalters?

Versichert werden können Personen, die bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung mindestens 18 Jahre alt sind und das Höchsteintrittsalter noch nicht erreicht haben. Das Höchsteintrittsalter ergibt sich aus der Differenz zwischen der Vollendung des 75. Lebensjahres und der Dauer des Versicherungsschutzes. Gemäß § 9 Ziffer 3 endet der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitsunfähigkeit mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

§ 3 Wie hoch ist die maximale Versicherungssumme?

Die Höchstversicherungssumme beträgt im Todesfall 125.000 €, im Fall der Arbeitsunfähigkeit 2.500 € monatlich.

§ 4 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

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

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

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

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

§ 6 Welchen Zeitraum umfasst die Karenzzeit?

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden erst erbracht, nachdem diese 6 Wochen ununterbrochen angedauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.

§ 7 Was gilt bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit?

Mehrfache Arbeitsunfähigkeit ist versichert.

§ 8 Wer ist bezugsberechtigt?

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

§ 9 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

1. **Ab Unterzeichnung der Anmeldeerklärung wird vorläufiger Versicherungsschutz gewährt. Die vorläufige Deckung endet mit der Valutierung des Darlehens oder Stornierung des Darlehensvertrages, spätestens jedoch nach Ablauf von 12 Monaten nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung.**
2. **Der Versicherungsschutz beginnt mit Auszahlung des Darlehens, nicht jedoch vor Bezahlung des Einmalbeitrages. Er endet mit Beendigung der ursprünglich vereinbarten Darlehenslaufzeit, spätestens nach Ablauf von 10 Jahren.**
3. **Der Versicherungsschutz endet außerdem für das Risiko Tod mit Vollendung des 75. Lebensjahres, für das Risiko Arbeitsunfähigkeit mit Vollendung des 67. Lebensjahres sowie mit Tod der versicherten Person.**
4. **Der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitsunfähigkeit und der Anspruch auf Versicherungsleistung erlöschen mit Eintritt in den endgültigen Ruhestand einschließlich Vorruhestand.**

§ 10 Was gilt für die Prämien-/Beitragszahlung?

1. Schuldner der Versicherungsprämie ist der Versicherungsnehmer. Die Beitragsverpflichtung der versicherten Person zur Erlangung des Versicherungsschutzes besteht gegenüber dem Versicherungsnehmer. In der Anmeldeerklärung finden sich Informationen darüber, für welchen Zeitraum, in welcher Höhe und an wen der Beitrag der versicherten Person zur Erlangung des Versicherungsschutzes gezahlt werden muss. Die Fälligkeit des Beitrags ist der Vereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer zu entnehmen. Der Beitrag muss entsprechend der Regelungen in der Anmeldeerklärung gezahlt werden. Wird eine vereinbarte Einmal-, Erst- oder Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsschutz gefährdet. Die versicherte Person wird in diesem Fall i. S. d. Regelungen der §§ 37, 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Zahlung aufgefordert. Bei Nichtzahlung wird die versicherte Person von den Gruppenversicherungsverträgen abgemeldet.
2. Die in der Anmeldeerklärung aufgeführten Beiträge für die Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit sind Bruttobeiträge. Diese sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Die Versicherungsteuernummer der Cardif Lebensversicherung lautet 801/V90801011503.

§ 11 Welche Folgen hat eine verspätete Meldung eines Versicherungsfalls?

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

§ 12 Welche Versicherungsleistung wird erbracht?

1. Stirbt die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes, besteht die Versicherungsleistung aus der Summe der am Todesdatum ausstehenden ursprünglich vereinbarten Darlehensraten der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer einschließlich einer eventuell vereinbarten höheren Schlussrate. Darlehensraten, die die versicherte Person noch selbst hätte erbringen müssen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
2. Während der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person werden alle in dieser Zeit gegenüber dem Versicherungsnehmer fällig werdenden ursprünglich vereinbarten monatlichen Raten der versicherten Person unter Berücksichtigung der Karenzzeit bezahlt. Hiervon ausgenommen sind erhöhte Schlussraten.
3. Die Leistung ist auf die bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung kalkulierten Darlehenskonditionen beschränkt. Änderungen aufgrund von Zinsschwankungen bis zu 2 % p. a. sind mitversichert.
4. Assistanceleistungen:

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

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

   4.1.1 Fachliche Beratung im telefonischen Erstgespräch

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

   4.1.1.2 Aufklärung über verordnete Medikamente und/oder Behandlungsmethoden;

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

   4.1.2 Telefonischer Erinnerungsservice für chronisch Kranke

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

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

   4.1.3 Unterstützung bei der Einholung ärztlicher Zweitmeinungen.

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

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

   4.1.3.3 Übernahme der Kosten für die Zweitdiagnose inkl. schriftlichem Bericht / Stellungnahme.

   4.1.4 Hilfestellung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben

   4.1.4.1 Feststellung des individuellen Bedarfs, sofern nötig:

   I. Organisation eines stationären Aufenthalts
   II. Organisation einer Reha-Maßnahme
   III. Organisation psychologischer Betreuung
   IV. Organisation von Heil- und Hilfsmitteln
   V. Begleitservice zu Ärzten, Ämtern und Behörden
   VI. Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
   VII. Organisation einer Pflegekraft im eigenen Heim
   VIII. Organisation des Wohnungsumbaus sowie Übernahme von Kosten für Ein- und Umbauten in der Wohnung oder am Arbeitsplatz, sofern der Arbeitgeber zugestimmt hat, bis zu 3.000 €
   IX. Vermittlung von Handwerkern und Werkstätten
   X. Vermittlung von Finanzberatern

   4.1.4.2 Telefonischer Hinweis auf Rechte gegenüber dem Arbeitgeber;

   4.1.4.3 Herstellen von Kontakten zu Personalberatern und Anwälten;

   4.1.4.4 Kostenübernahme für eine telefonische juristische Erstberatung bis 150 €.

   4.1.5 Unterstützung für allein lebende Personen bei arbeitsunfähigkeitsbedingter eingeschränkter Mobilität:

   Vermittlung und Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice bis zu 200 € pro Woche. Einkaufsservice im Sinne dieser Bedingungen ist die Vermittlung einer Einkaufshilfe, die der versicherten Person Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel besorgt, ggf. den Einkaufszettel zusammenstellt und die eingekauften Güter unterbringt. Die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe und/oder einen Einkaufsservice ist auf 4 Wochen begrenzt.

   4.1.6 Unterstützung für Familien mit Kindern bei Krankenhausaufenthalt des Erziehungsberechtigten

   4.1.6.1 Ein Krankenhausaufenthalt im Sinne dieser Bedingungen ist eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung der versicherten Person bzw. ihres Partners in einem Krankenhaus. Der

Krankenhausaufenthalt muss mindestens 24 Stunden ununterbrochen fortdauern. Ambulante Versorgung oder Behandlung, z. B. ambulante Operationen oder ambulante Untersuchung in einem Krankenhaus gelten nicht als Krankenhausaufenthalt. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten ebenfalls nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

4.1.6.2 Partner ist eine Person, die entweder mit der versicherten Person verheiratet ist oder seit mindestens 12 Monaten in einer eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Lebenspartnerschaft lebt.

4.1.6.3 Kinder im Sinne dieser Bedingungen sind die Kinder der versicherten Person oder ihres Partners (eingeschlossen sind Stiefkinder sowie Adoptivkinder) bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, soweit sie wirtschaftlich von der versicherten Person oder ihrem Partner abhängig sind und dauerhaft bei jenen wohnen.

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

4.1.6.5 Kostenübernahme bis zu 500 € pro Krankenhausaufenthalt

3.1.6.6 Bei wiederholten Krankenhausaufenthalten aufgrund derselben Krankheit bzw. desselben Unfalls erbringen wir die versicherte Leistung nur einmal, wenn weniger als 90 Tage zwischen den einzelnen Krankenhausaufenthalten liegen

4.1.7 Vermittlung und Organisation von Krankentransporten und regelmäßigen Fahrten

4.1.7.1 Kostenübernahme für längstens einen Monat;

4.1.7.2 Kostenübernahme insgesamt bis maximal 200 €.

4.2 Wenn die versicherte Person oder derjenige, der zusätzliche Assistanceleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, aufgrund der definierten Leistungen Kosten spart, die ohne den Eintritt des Versicherungsfalls hätten aufgewendet werden müssen, so kann die Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten gekürzt werden.

Wenn die versicherte Person oder derjenige, der zusätzliche Assistanceleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung, der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, oder auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge hat, ist Cardif nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Diese Aufwendungen müssen durch die Einschaltung eines durch Cardif beauftragten Dienstleisters entstanden sein.

Bestehen Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte oder kann Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, so ist der Versicherungsschutz im Rahmen der vorliegenden Assistanceleistungen ausgeschlossen. Verweigert der Dritte oder der Versicherer die Leistung, so tritt Cardif ein und nimmt bei diesem Regress.

Die Service-Hotline zur Inanspruchnahme von Assistanceleistungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit lautet: 0711 / 81 475-371.

§ 13 Welche Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht gibt es?

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

1. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Tod folgendermaßen verursacht ist:

   Grundsätzlich besteht auch ein Leistungsanspruch bei Versicherungsfällen infolge von Erkrankungen, die bei der versicherten Person bereits vor Unterzeichnung der Anmeldeerklärung vorlagen. Es besteht jedoch kein Leistungsanspruch, wenn die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen war und die Ursache dieser Arbeitsunfähigkeit zum Tod führt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch, wenn die versicherte Person nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung wieder voll arbeitsfähig war. Sie muss ihre berufliche Tätigkeit in diesem Fall mehr als drei Monate ununterbrochen ausgeübt haben. Bezog die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung eine Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer vergleichbaren Einrichtung, gilt stattdessen: Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Tod durch eine der folgenden Erkrankungen verursacht ist;

   - Krebs,
   - Herzinsuffizienz NYHA-Klasse III oder IV,
   - chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD),
   - Leberzirrhose,
   - dialysepflichtige Niereninsuffizienz.

   Die Einschränkung gilt nur, wenn die vorgenannte Erkrankung bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung bereits vorlag, ärztlich diagnostiziert und der versicherten Person bekannt war. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch, wenn die Erkrankung nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung vollständig ausheilt und für mehr als drei Monate nicht wieder auftritt.

2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit folgendermaßen verursacht ist:

   a) Grundsätzlich besteht auch ein Leistungsanspruch bei Versicherungsfällen infolge von Erkrankungen, die bei der versicherten Person bereits vor Unterzeichnung der Anmeldeerklärung vorlagen. Es besteht jedoch kein Leistungsanspruch für die gesamte Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, wenn die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person bereits bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung bestand. Die versicherte Person hat auch keinen Leistungsanspruch, wenn die Ursache einer bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit führt. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen hat und mehr als drei Monate ununterbrochen ausübte. Es besteht kein Leistungsanspruch für die gesamte Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, wenn die Arbeitsunfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit
      - einer bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung geplanten ärztlichen Behandlung (z. B. operativer Eingriff) oder
      - einem bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung geplanten Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

      steht und der versicherten Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung bekannt war, dass die geplante Behandlung oder der geplante Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

   b) durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen), es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;

c) durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;

d) durch eine bereits bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung bestehende und bekannte Risikoschwangerschaft, bei der eine Gefährdung der Mutter besteht. Außerdem stellt die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes unabhängig von Satz 1 für sich alleine keine Arbeitsunfähigkeit bzw. keinen Arbeitsunfähigkeitszeitraum dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit;

3. Darüber hinaus besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit oder der Tod folgendermaßen verursacht ist:

a) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten, absichtliche Selbstverletzung oder durch Selbsttötung innerhalb der ersten beiden Jahre nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;

b) durch eine Sucht, Einnahme von Drogen oder Medikamentenmissbrauch;

c) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

e) durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Fahrzeugen (auch nicht motorisierten wie z. B. Fahrrädern), die die versicherte Person führt, obwohl sie infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen;

f) mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.

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

1. Ein Versicherungsfall ist unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern anzuzeigen. Die Regelungen des § 11 bleiben unberührt.
2. Das von Cardif zur Verfügung gestellte Leistungsformular ist ausgefüllt einzureichen.
3. Bei Tod der versicherten Person sind folgende Unterlagen einzureichen:
   Eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde und ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
4. Bei Arbeitsunfähigkeit sind folgende Unterlagen einzureichen:
   Nachweise der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch ärztliches Attest und ggf. eine Bescheinigung des Arbeitgebers und der Krankenkasse bzw. des Krankenversicherers.
5. Cardif ist berechtigt, den Leistungsanspruch nachzuprüfen. Insbesondere können die Vorlage von ärztlichen Attesten oder eine Untersuchung der versicherten Person durch einen von Cardif zu beauftragenden und zu bezahlenden Arzt und Bescheinigungen von Behörden und Arbeitgebern verlangt werden.
6. Durch Nachweise entstehende Kosten trägt die versicherte Person. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.
7. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
8. Eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist innerhalb eines Monats ab Kenntnis anzuzeigen.
9. Solange eine Mitwirkungsobliegenheit vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist Cardif von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Falle der grobfahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist Cardif berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist Cardif jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
10. Wird eine Obliegenheitsverletzung in der Absicht begangen, sich oder einem Dritten dadurch einen rechtswidrigen Vorteil zu verschaffen, ist Cardif von der Verpflichtung zur Leistung frei. Ist eine Täuschung durch ein rechtskräftiges Strafurteil wegen Betrugs oder Betrugsversuchs festgestellt, so gelten die Voraussetzungen als bewiesen.

§ 15 Was ist bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

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

§ 16 Wann und wie kann eine Prämienanpassung erfolgen?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie, ist Cardif berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Ermittlung der Veränderung des Schadenbedarfes erfolgt für jedes versicherte Risiko gesondert. Die Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
2. Bei Vereinbarung einer Einmalprämienzahlung erfolgt – sofern die Voraussetzungen der Ziffer 1 gegeben sind - entweder eine Prämiennachberechnung oder eine Verringerung der Versicherungsleistungen im Verhältnis der Prämiennachberechnung. Macht Cardif von dem Recht der Prämiennachberechnung Gebrauch, so kann die Fortsetzung des Kreditschutzbrief / Kreditschutzbrief Plus ohne Prämiennachberechnung aber mit entsprechend verringerten Versicherungsleistungen verlangt werden.

§ 17 Hat Cardif ein Ablehnungsrecht?

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

§ 18 Welche Kündigungsmöglichkeiten bestehen?

1. **Die versicherte Person kann jederzeit vom Versicherungsnehmer verlangen, dass sie vom Kreditschutzbrief bzw. Kreditschutzbrief Plus zum Ende des Monats abgemeldet wird, in dem der Wunsch auf Abmeldung beim Versicherungsnehmer eingeht.**
2. **Die versicherte Person und Cardif haben außerdem das Recht, Versicherungsverhältnisse gegen die Risiken Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit innerhalb eines Monats nach Anerkennung der Leistungspflicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende zu beenden. Die Leistungsdauer eines anerkannten Versicherungsfalls wird durch eine solche Beendigung nicht verkürzt. Wurde die Versicherungsprämie als Einmalprämie erbracht, wird der nichtverbrauchte Teil der Einmalprämie ggf. unter Einrechnung eines Stornoabzugs zurückerstattet.**

§ 19 Was geschieht bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge?

Bei Beendigung der Gruppenversicherungsverträge bleibt der Versicherungsschutz für die versicherte Person bis zum Ablauf der gewählten Versicherungsdauer bestehen.

§ 20 Gibt es einen Rückkaufswert oder eine Überschussberechtigung?

1. Der Rückkauf der Versicherung ist nicht möglich. Somit besteht kein Rückkaufswert der Prämien im versicherungstechnischen Sinne, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung.
2. Die Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 21 Welche Beiträge werden der versicherten Person im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsverhältnisses („Kündigung“) erstattet?

Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach Ablauf der Widerrufsfrist sind die Beiträge bis zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu erbringen. Wurde der Beitrag als Einmalbeitrag erbracht, erhält die versicherte Person den nicht verbrauchten Einmalbeitrag zeitanteilig zurück. Hiervon erfolgt ein Abzug i. H. v. 15 % (Stornoabschlag).

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von Cardif nachzuweisen. Der Abzug ist angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn die versicherte Person nachweist, dass der aufgrund der Kündigung vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn die versicherte Person nachweist, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Der Auszahlungsbetrag errechnet sich gem. folgender Formel:

85 % x Versicherungseinmalbeitrag x (n-m)/n

Wobei n die ursprüngliche Versicherungsdauer/Zahlungsperiode in (gegebenenfalls aufgerundet) vollen Monaten und m die bis zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes abgelaufene Versicherungsdauer/Zahlungsperiode in (gegebenenfalls aufgerundet) vollen Monaten ist.

Sofern der ursprünglich vereinbarte Darlehensvertrag vorzeitig beendet und unmittelbar durch einen neuen Darlehensvertrag in Verbindung mit einer erneuten Anmeldung zum Kreditschutzbrief oder Kreditschutzbrief Plus ersetzt wird, entfällt der Stornoabschlag.

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

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

§ 23 Welches Recht findet Anwendung und welcher Gerichtsstand besteht?

1. Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
2. Klagen der versicherten Person gegen Cardif Lebensversicherung und Cardif Allgemeine Versicherung, beide Friolzheimer Straße 6, 70499 Stuttgart (jeweils zuständiger Versicherer: siehe § 25), aus dem Versicherungsverhältnis können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
3. Klagen gegen die versicherte Person sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk die versicherte Person bei Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt die versicherte Person nach Anmeldung zu den Gruppenversicherungsverträgen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind bei Klageerhebung weder Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt bekannt, kann die Klage gegen die versicherte Person bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk sich Cardif befindet.
4. Klagen des Versicherungsnehmers gegen Cardif aus den Gruppenversicherungsverträgen können sowohl bei dem Gericht, in dessen Bezirk sich Cardif befindet, als auch bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klageerhebung seinen Sitz hat.
5. Klagen gegen den Versicherungsnehmer aus den Gruppenversicherungsverträgen sind bei dem Gericht zu erheben, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer bei Klageerhebung seinen Sitz oder eine Niederlassung hat.

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

Abweichend von § 44 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kann die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über ihre Rechte aus der Versicherung verfügen und diese gerichtlich geltend machen.

§ 25 Können Prämienforderungen mit Versicherungsleistungen verrechnet werden?

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

§ 26 Wer ist Versicherer?

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

§ 27 Welche Beschwerdestellen können kontaktiert werden?

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

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53,117 Bonn
- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

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

Zusatzbedingungen für den Kreditschutzbrief Plus

Diese Zusatzbedingungen gelten ausschließlich für den Kreditschutzbrief Plus.

§ 28 Was gilt bezüglich des Eintrittsalters?

Versichert werden können Personen, die bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung mindestens 18 Jahre alt sind und das Höchsteintrittsalter noch nicht erreicht haben. Das Höchsteintrittsalter für das Risiko Arbeitslosigkeit oder schwere Krankheit ergibt sich aus der Differenz zwischen der Vollendung des 67. Lebensjahres und der Dauer des Versicherungsschutzes.

§ 29 Welchen Umfang hat der Kreditschutzbrief Plus?

1. Der Versicherungsschutz richtet sich nach dem sozialversicherungsrechtlichen Status der versicherten Person zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Anmeldeerklärung: Ist die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Arbeitnehmer mit Ausnahme der Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns), umfasst der Versicherungsschutz zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit aus dem Kreditschutzbrief auch das Risiko Arbeitslosigkeit im Sinne von § 32. Alle anderen versicherten Personen (z. B. Selbstständige, Beamte, Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns) erhalten zusätzlich zu den Risiken Tod und Arbeitsunfähigkeit aus dem Kreditschutzbrief Versicherungsschutz gegen das Risiko schwere Krankheit im Sinne von § 34.
2. Ändert sich der sozialversicherungsrechtliche Status der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes, ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes möglich. Dazu ist eine Mitteilung an Cardif erforderlich.
   a) Gibt die versicherte Person eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Arbeitnehmer mit Ausnahme der Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns) auf, endet der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Anzeige der Anpassung des Versicherungsschutzes bei Cardif. Mit der Anzeige geht der Versicherungsschutz vom Risiko Arbeitslosigkeit auf das Risiko schwere Krankheit über.
   b) Nimmt die versicherte Person eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Arbeitnehmer mit Ausnahme der Mitarbeiter des Volkswagen Konzerns) auf, endet der Versicherungsschutz für das Risiko schwere Krankheit zum Zeitpunkt der Anzeige der Anpassung des Versicherungsschutzes bei Cardif. Mit der Anzeige geht der Versicherungsschutz vom Risiko schwere Krankheit auf das Risiko Arbeitslosigkeit über.

   Cardif wird der versicherten Person die Anpassung des Versicherungsschutzes schriftlich bestätigen.

§ 30 Wie hoch ist die maximale Versicherungssumme?

Die Höchstversicherungssumme beträgt im Falle einer schweren Krankheit 125.000 € und im Falle einer Arbeitslosigkeit 2.500 € monatlich.

§ 31 Was ist ein Arbeitnehmer im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitnehmer ist eine versicherte Person, die vor Beginn der ersten Arbeitslosigkeit, die nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung eintritt, oder bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung mindestens 6 Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig beschäftigt war und gearbeitet hat. Die wöchentliche Arbeitszeit muss in jedem Fall mindestens 15 Wochenstunden betragen haben. Sie darf weder Wehrdienstleistender, Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst, Teilnehmer an sonstigen freiwilligen Diensten (z. B. freiwilliges soziales Jahr) noch Auszubildender sein. Ausbildungszeiten, Zeiten des Wehrdienstes, der Teilnahme am Bundesfreiwilligendienst oder an sonstigen freiwilligen Diensten, die Elternzeit sowie Zeiten des Beschäftigungsverbots nach dem Mutterschutzgesetz gelten nicht als Zeiten einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

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

Abweichend von den Definitionen der Sozialgesetzbücher (SGB) oder sonstiger gesetzlicher Definitionen liegt Arbeitslosigkeit vor, wenn die versicherte Person als Arbeitnehmer aus einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis heraus während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos wird und nicht gegen Entgelt tätig ist und nicht arbeitsunfähig ist. sondern dem Arbeitsmarkt uneingeschränkt zur Verfügung steht und aktiv Arbeit sucht. Abweichend von den sozialgesetzlichen Bestimmungen gelten Zeiten einer beruflichen Weiterbildung nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistung der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen.

Die Arbeitslosigkeit muss Folge einer Kündigung des Arbeitgebers oder einer Aufhebung des Arbeitsverhältnisses zur ausdrücklichen Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein. Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person außerdem in Deutschland Arbeitslosengeld nach deutschem Recht von einer deutschen Behörde erhalten. Andere Leistungen der Agentur für Arbeit oder eines Sozialversicherungsträgers, wie z. B. Gründungszuschuss, Einstiegsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Übergangsgeld, stellen kein Arbeitslosengeld im Sinne dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen dar. Zeiten einer Weiterbildung oder einer Existenzgründung gelten nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen. Erhält die versicherte Person wegen fehlender Bedürftigkeit kein Arbeitslosengeld, hindert dies den Leistungsanspruch nicht. Eine Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen endet in jedem Fall mit Aufnahme einer selbstständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst. Ein Zuverdienst aus geringfügiger Beschäftigung bis zu € 450 im Monat zusätzlich zum Arbeitslosengeld hindert den Leistungsanspruch der versicherten Person nicht.

§ 33 Was gilt für die Assistanceleistungen im Rahmen der Arbeitslosigkeitsversicherung?

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

Weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Assistanceleistungen ist, dass der versicherten Person der Verlust der Arbeitsstelle droht oder sie ihre Arbeitsstelle bereits verloren hat. Der Verlust der Arbeitsstelle droht insbesondere dann, wenn gegenüber der versicherten Person eine Kündigung ausgesprochen oder konkret angekündigt oder wenn im Unternehmen der versicherten Person der Abbau von Stellen angekündigt wurde. Bei Selbstständigen droht der Verlust der Arbeitsstelle z. B. wenn die Schließung des Betriebes absehbar ist. Weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die versicherte Person vorab die Service-Hotline von Cardif kontaktiert. Die Mitarbeiter der Service-Hotline erbringen die Assistanceleistungen entweder selbst oder entscheiden über die Einschaltung eines Dienstleisters. Cardif übernimmt keinesfalls Kosten für ohne Kontaktierung der Service-Hotline durchgeführte Dienstleistungen, auch wenn diese dem Leistungsumfang dieser Assistanceleistungen entsprechen.

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

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

§ 35 Wie sind die schweren Krankheiten zu definieren?

1. **Herzinfarkt:** Versichert ist ein Herzinfarkt als das erste akute Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Nicht versichert sind: Stumme Infarkte (Mikroinfarkte) sowie Angina pectoris.
2. **Schlaganfall:** Versichert ist ein Schlaganfall als eine Schädigung des Gehirns durch einen infolge einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt mit dauerhaften neurologischen Folgeerscheinungen. Nicht versichert sind: Transitorisch ischämische Attacken (TIA), Reversible (sich zurückbildende) neurologische Defizite und äußere Verletzungen.
3. **Krebs:** Versichert ist Krebs als ein bösartiger Tumor, der charakterisiert ist durch eigenständiges, unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenzen (in Gewebe eindringendes Tumorwachstum) und Metastasierungstendenzen. Versichert sind insbesondere maligne Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien, Lymphomen und Morbus Hodgkin. Nicht versichert sind:
   a) Präkanzerosen (Vorstadien einer Krebserkrankung)
   b) Carcinoma-in-situ (Krebs im Frühstadium)
   c) Zervikale Dysplasien (Vorstadien des Gebärmutterhalskrebses) CIN 1, CIN 2 und CIN 3
   d) Alle Hautkrebserkrankungen (maligne (bösartige) Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow sind jedoch versichert)
   e) Frühe Stadien des Prostatakarzinoms mit einem Gleason Grad von 6 und weniger oder einem Stadium T1N0M0 und T2N0M0
   f) Papilläres Mikrokarzinom der Schilddrüse und der Blase
   g) Chronisch lymphatische Leukämie mit einem RAI Stadium unter 1
   h) Alle malignen (bösartigen) Tumore bei gleichzeitigem Vorliegen einer HIV-Infektion
   i) Rezidive (Neuauftreten des Krebses) und Metastasen (Tochtergeschwulste) eines vor Anmeldung bestandenen Krebsleidens sowie das Auftreten eines Zweitkrebses z. B. in einem anderen Organ.
4. **Blindheit:** Blindheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann.
5. **Taubheit:** Taubheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des gesamten Hörvermögens auf beiden Ohren, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann.

§ 36 Welchen Zeitraum umfasst die Karenzzeit?

Leistungen wegen Arbeitslosigkeit werden erst erbracht, nachdem diese 6 Wochen ununterbrochen angedauert hat. Ein Leistungsanspruch wegen schwerer Krankheit entsteht erst, wenn nach der ärztlichen Diagnose 4 Wochen vergangen sind und die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.

§ 37 Welchen Zeitraum umfasst die Wartezeit?

1. Verliert die versicherte Person innerhalb der ersten 3 Monate nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung ihren Arbeitsplatz, besteht für den gesamten Zeitraum einer daraus resultierenden Arbeitslosigkeit kein Versicherungsschutz. Wurde der Versicherungsschutz während der Dauer des Versicherungsschutzes gemäß § 29 Absatz 2 angepasst, gilt abweichend davon Folgendes: Verliert die versicherte Person innerhalb der ersten 3 Monate nach der Anpassung des Versicherungsschutzes ihren Arbeitsplatz, besteht für den gesamten Zeitraum einer daraus resultierenden Arbeitslosigkeit kein Versicherungsschutz.
2. Wird ein über den Kreditschutzbrief oder Kreditschutzbrief Plus abgesichertes Darlehen abgelöst und unmittelbar im Anschluss ein neues Darlehen aufgenommen und über einen Kreditschutzbrief oder Kreditschutzbrief Plus

abgesichert, gilt Folgendes: Die unter Absatz 1 genannte Wartezeit beginnt ab dem Zeitpunkt der erneuten Anmeldung nur für den den vorherigen Darlehensbetrag übersteigenden Betrag neu zu laufen.

§ 38 Was gilt bei wiederholter Arbeitslosigkeit?

Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Arbeitnehmer vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit länger als 6 Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber mindestens 15 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.

§ 39 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

1. **Ab Unterzeichnung der Anmeldeerklärung wird vorläufiger Versicherungsschutz gewährt. Die vorläufige Deckung endet mit der Valutierung des Darlehens oder Stornierung des Darlehensvertrages, spätestens jedoch nach Ablauf von 12 Monaten nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung.**
2. **Der Versicherungsschutz beginnt bei Vereinbarung einer Einmalbeitragszahlung mit Auszahlung des Darlehens, nicht jedoch vor Bezahlung des Einmalbeitrages. Bei monatlicher Zahlungsweise beginnt der Versicherungsschutz mit Zugang der Versicherungsbestätigung durch den Versicherungsnehmer, spätestens mit Bezahlung des ersten Monatsbeitrages. Er endet mit Beendigung der ursprünglich vereinbarten Darlehenslaufzeit, spätestens nach Ablauf von 10 Jahren**.
3. **Der Versicherungsschutz endet außerdem mit Vollendung des 67. Lebensjahres sowie mit Tod der versicherten Person.**
4. **Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Tag der Erstdiagnose einer schweren Krankheit, aufgrund derer eine Versicherungsleistung erbracht wird.**
5. **Der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitslosigkeit und der Anspruch auf Versicherungsleistung erlöschen mit Eintritt in den endgültigen Ruhestand einschließlich Vorruhestand.**

§ 40 Was gilt für die Prämien-/Beitragszahlung?

1. Schuldner der Versicherungsprämie ist der Versicherungsnehmer. Die Beitragsverpflichtung der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes besteht gegenüber dem Versicherungsnehmer. In der Anmeldeerklärung bzw. bei monatlicher Zahlweise in der Versicherungsbestätigung finden sich Informationen darüber, für welchen Zeitraum, in welcher Höhe und an wen der Beitrag der versicherten Person zur Erlangung und Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes gezahlt werden muss. Die Fälligkeit des Beitrags ist der Vereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer zu entnehmen. Der Beitrag muss entsprechend der Regelungen in der Anmeldeerklärung bzw. Versicherungsbestätigung gezahlt werden. Wird eine vereinbarte Einmal-, Erst- oder Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsschutz gefährdet. Die versicherte Person wird in diesem Fall i. S. d. Regelungen der §§ 37, 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Zahlung aufgefordert. Bei Nichtzahlung wird die versicherte Person von den Gruppenversicherungsverträgen abgemeldet.
2. Der in der Anmeldeerklärung aufgeführte Beitrag für das Risiko schwere Krankheit ist ein Bruttobeitrag. Dieser ist gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Die Versicherungsteuernummer der Cardif Lebensversicherung lautet 801/V90801011503. Der in der Anmeldeerklärung aufgeführte Beitrag für das Risiko Arbeitslosigkeit ist ein Bruttobeitrag inklusive 19 % Versicherungsteuer. Die Versicherungsteuernummer der Cardif Allgemeine Versicherung lautet 801/V90801006932.

§ 41 Welche Folgen hat eine verspätete Meldung eines Versicherungsfalls?

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

§ 42 Welche Versicherungsleistung wird erbracht?

1. Wird bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit diagnostiziert, besteht die Versicherungsleistung nach erfolgter Erstdiagnose aus der Summe der am Tag der Erstdiagnose ausstehenden ursprünglich vereinbarten Darlehensraten der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer einschließlich einer eventuell ursprünglich vereinbarten höheren Schlussrate. Wurden bereits Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit aus dem Kreditschutzbrief oder Kreditschutzbrief Plus erbracht, so werden diese bereits erbrachten Leistungen auf die Leistung aufgrund der schweren Krankheit angerechnet. Es werden jedoch nur die Leistungen angerechnet, die seit dem Zeitpunkt der Erstdiagnose der schweren Krankheit erbracht wurden. Darlehensraten, die die versicherte Person noch selbst hätte erbringen müssen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
2. Während der Arbeitslosigkeit der versicherten Person werden alle in dieser Zeit gegenüber dem Versicherungsnehmer fällig werdenden ursprünglich vereinbarten monatlichen Raten der versicherten Person unter Berücksichtigung der Karenzzeit bezahlt. Hiervon ausgenommen sind erhöhte Schlussraten. Die Versicherungsleistung je Versicherungsfall ist auf maximal 12 Monate begrenzt.
3. Nimmt die versicherte Person während eines Versicherungsfalles vor dem Ende der maximalen Leistungsdauer eine befristete Tätigkeit auf und tritt im Anschluss daran erneut eine unverschuldete Arbeitslosigkeit ein, nimmt Cardif ohne erneute Anrechnung einer Karenzzeit die Leistungszahlungen aufgrund der Arbeitslosigkeit, die vor Aufnahme dieser Tätigkeit bestand, wieder auf, bis die maximale Leistungsdauer erreicht ist Gleiches gilt, wenn die versicherte Person vor dem Ende der maximalen Leistungsdauer eine unbefristete Tätigkeit aufnimmt, die nach weniger als 6 Monaten gekündigt wird. Ebenso gilt dies, wenn die versicherte Person vor dem Ende der maximalen Leistungsdauer eine selbstständige Tätigkeit aufnimmt, die weniger als 12 Monate andauert. Bei befristeten Arbeitsverhältnissen kann in allen anderen Fällen ein Anspruch auf Leistung nur bestehen, wenn die Arbeitslosigkeit nicht durch Ablauf der Befristung eingetreten ist.
4. Die Leistung ist auf die bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung kalkulierten Darlehenskonditionen beschränkt. Änderungen aufgrund von Zinsschwankungen bis zu 2 % p. a. sind mitversichert.
5. Assistanceleistungen:

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

   5.1 Liegen die Voraussetzungen des § 6 vor, bestehen diese aus folgenden Leistungen:

   5.1.1 Allgemeine telefonische Hilfestellung bei Verlust der Arbeitsstelle oder drohendem Verlust der Arbeitsstelle (ohne Berücksichtigung rechtlicher Aspekte);

5.1.2 Informationen zur Inanspruchnahme staatlicher Hilfeleistungen bei Verlust der Arbeitsstelle;
5.1.3 Analyse der Bewerbungsunterlagen der versicherten Person;
5.1.4 Analyse von Arbeitszeugnissen der versicherten Person (ohne Berücksichtigung rechtlicher Belange);
5.1.5 Hilfestellung im Zusammenhang mit Bewerbungsgesprächen;
5.1.6 Übernahme der Kosten für ein durch Cardif vermitteltes Bewerbungstraining;
5.1.7 Übernahme der Kosten einer arbeits- oder sozialrechtlichen Erstberatung durch einen von Cardif vermittelten Rechtsanwalt im Zusammenhang mit dem Verlust der Arbeitsstelle oder dem drohenden Verlust der Arbeitsstelle. Bei der Vermittlung darf Cardif sich einer Anwalts-Hotline oder eines sonstigen Kooperationspartners bedienen;
5.1.8 Herstellung des Kontakts zu Personalberatungs- oder Zeitarbeitsunternehmen.

5.2 Wenn die versicherte Person oder derjenige, der zusätzliche Assistanceleistungen im Rahmen dieser Bedingungen in Anspruch nimmt, aufgrund der definierten Leistungen Kosten spart, die ohne den Eintritt des Versicherungsfalls hätten aufgewendet werden müssen, so kann die Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten gekürzt werden.
Bestehen Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte oder kann Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, so ist der Versicherungsschutz im Rahmen der vorliegenden Assistanceleistungen ausgeschlossen. Verweigert der Dritte oder der Versicherer die Leistung, so tritt Cardif ein und nimmt bei diesem Regress.

Die Service-Hotline zur Inanspruchnahme von Assistanceleistungen im Rahmen der Arbeitslosigkeit lautet: 0711 / 81 475-371.

§ 43 Welche Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht gibt es?

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

1. Grundsätzlich besteht ein Leistungsanspruch auch bei Versicherungsfällen infolge von Erkrankungen, die bei der versicherten Person bereits vor Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß § 29 Absatz 2 vorlagen. Es besteht jedoch kein Leistungsanspruch, wenn die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen war und die Ursache dieser Arbeitsunfähigkeit zur schweren Krankheit führt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch, wenn die versicherte Person nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder nach der Anpassung des Versicherungsschutzes wieder vollständig arbeitsfähig war. Sie muss ihre berufliche Tätigkeit in diesem Fall mehr als drei Monate ununterbrochen ausgeübt haben.

   Bezog die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes eine Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer vergleichbaren Einrichtung, gilt stattdessen:

   Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die schwere Krankheit durch eine der folgenden Erkrankungen verursacht ist:
   - Herzinsuffizienz NYHA–Klasse III oder IV,
   - chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD),
   - Leberzirrhose,
   - dialysepflichtige Niereninsuffizienz.

   Die Einschränkung gilt nur, wenn die vorgenannte Erkrankung bei Unterzeichnung der Anmelderklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes bereits vorlag, ärztlich diagnostiziert und der versicherten Person bekannt war. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch, wenn die Erkrankung nach Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder nach der Anpassung des Versicherungsschutzes vollständig ausheilt und für mehr als drei Monate nicht wieder auftritt.
2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die schwere Krankheit folgendermaßen verursacht ist:
   a) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten oder absichtliche Selbstverletzung. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;
   b) durch eine Sucht, Einnahme von Drogen oder Medikamentenmissbrauch;
   c) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
   d) durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
   e) durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Fahrzeugen (auch nicht motorisierten wie z. B. Fahrrädern), die die versicherte Person führt, obwohl sie infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen;
   f) mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.
3. Es besteht kein Leistungsanspruch bei Arbeitslosigkeit, wenn
   a) bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß § 29 Absatz 2 bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war oder
   b) die Arbeitslosigkeit bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes bereits bestand oder
   c) die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht ist oder
   d) die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten bzw. bei einem Unternehmen, das von einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten beherrscht wird, folgt oder
   e) die versicherte Person bei Unterzeichnung der Anmeldeerklärung oder zum Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses hatte.
   f) Außerdem stellt die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes für sich alleine keine Arbeitslosigkeit bzw. keinen Arbeitslosigkeitszeitraum dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Die maximale Leistungsdauer verlängert sich in diesem Fall um den Zeitraum des Ruhens, sofern die Arbeitslosigkeit entsprechend fortdauert.

4. Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen Arbeitslosigkeit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit.
5. Sofern ein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krankheit besteht, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen anderer versicherter Risiken.

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

1. Ein Versicherungsfall ist unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern anzuzeigen. Die Regelungen des § 11 bleiben unberührt.
2. Das von Cardif zur Verfügung gestellte Leistungsformular ist ausgefüllt einzureichen.
3. Bei **Arbeitslosigkeit** sind folgende Unterlagen einzureichen:
   Bescheinigungen der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers, Arbeitsvertrag, Kündigungsschreiben sowie das Ergebnis (Urteil/Vergleich) des Kündigungsschutzprozesses.
4. Bei **schwerer Krankheit** sind folgende Unterlagen einzureichen:
   a) Bei Herzinfarkt ist ein § 35 Ziffer 1 entsprechender Befund mit folgender Diagnostik einzureichen: typische Brustschmerzen, frische typische EKG-Veränderungen, Erhöhung der herzspezifischen Enzyme, einschließlich CPK-MB. Die Diagnose muss durch einen Internisten/Kardiologen nach den Regeln der WHO angewandten Regeln erstellt werden.
   b) Bei Schlaganfall ist ein § 35 Ziffer 2 entsprechender fachärztlicher Befund mit bildgebender Diagnostik (z. B. Computertomographie oder Kernspintomographie) einzureichen.
   c) Bei Krebs ist ein § 35 Ziffer 3 entsprechender histologischer Befund eines Onkologen oder Pathologen einzureichen.
   d) Bei Blindheit oder Taubheit ist ein entsprechender Facharztbericht mit Angabe der durchgeführten Diagnostik und des erhobenen Befundes einzureichen.
5. Cardif ist berechtigt, den Leistungsanspruch nachzuprüfen. Insbesondere können Bescheinigungen von Behörden und Arbeitgebern verlangt werden.
6. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Erlangung einer neuen Arbeitsstelle bzw. beruflichen Tätigkeit hinderlich sind.
7. Eine neue Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist innerhalb eines Monats ab Kenntnis anzuzeigen.
8. Solange eine Mitwirkungsobliegenheit vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist Cardif von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Falle der grobfahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist Cardif berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist Cardif jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
9. Wird eine Obliegenheitsverletzung in der Absicht begangen, sich oder einem Dritten dadurch einen rechtswidrigen Vorteil zu verschaffen, ist Cardif von der Verpflichtung zur Leistung frei. Ist eine Täuschung durch ein rechtskräftiges Strafurteil wegen Betrugs oder Betrugsversuchs festgestellt, so gelten die Voraussetzungen als bewiesen.

§ 45 Welche vertraglichen Regelungen gelten darüber hinaus?

Soweit in den Zusatzbedingungen für den Kreditschutzbrief Plus nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Kreditschutzbrief.