Quelle

flexi konto

Versicherteninformation zum Flexikonto Zahlschutz im Quelle-Kundenkonto

I. Wichtige Vertragsinformationen
II. Einwilligung nach den Datenschutzgesetzen und Schweigepfl ichtentbindungserklärung
III. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Flexikonto Zahlschutz
IV. Informationen über den Vermittler des Flexikonto Zahlschutzes
V. Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihrer Versicherer
VI. Versicherungsausweis

Stand: 06/2026

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

SOGECAP S.A.* für Tod, Unfallinvalidität, Schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit
SOGESSUR S. A.* für Arbeitslosigkeit,
Versicherungen, Frankreich

Flexikonto Zahlschutz

*Aktiengesellschaft französischen Rechts

Stand 06/2026

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsbestätigung, Versicherteninformation inklusive Allgemeiner Versicherungsbedingungen und Versicherungsausweis). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Restschuldversicherung. Sie dient der Absicherung Ihrer Zahlungsverpfl ichtungen aus einem Warenkauf mit Ratenzahlungsvereinbarung im Rahmen des Quelle-Kundenkontos für den Fall Ihres Todes, Ihrer Unfallinvalidität, des Eintritts bestimmter schwerer Krankheiten, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Es handelt sich um eine Gruppenversicherung. Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrages ist die Quelle GmbH, die im Versicherungsfall auch die Versicherungsleistung erhält.

Was ist versichert?

Im Todesfall ist versichert:

- ✓ Ihre Versicherer zahlen den Betrag der am Todesdatum bestehenden Kontounterdeckungen des Quelle-Kundenkontos an Quelle.
- ✓ Die Leistung beträgt maximal EUR 8.000,00.

Bei Arbeitslosigkeit ist versichert:

- ✓ Während Ihrer Arbeitslosigkeit zahlen Ihre Versicherer entweder
  - die am Fälligkeitstag bestehende Kontounterdeckung (Saldo) des Quelle-Kundenkontos, wenn diese unter EUR 1.500,00 liegt **oder**
  - monatliche Raten von 10% der am Fälligkeitstag beste- henden, über EUR 1.500,00 liegenden Kontounterdeckung, maximal EUR 750,00 für maximal 10 Monate.

Bei Unfallinvalidität ist versichert:

- ✓ Führt ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, zahlen Ihre Versicherer den Betrag der im Unfallzeitpunkt bestehenden Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos an Quelle.
- ✓ Die Leistung beträgt maximal EUR 8.000,00.

Bei schwerer Krankheit ist versichert:

- ✓ Wird bei Ihnen während des Versicherungsschutzes erstmals eine in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen definierte schwere Krankheit wie z. B. ein Herzinfarkt diagnostiziert, zahlen die Versicherer die zum Zeitpunkt der Erstdiagnose bestehende Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos an Quelle.
- ✓ Die Leistung beträgt maximal EUR 8.000,00.

Bei Arbeitsunfähigkeit ist versichert:

- ✓ Während Ihrer Arbeitsunfähigkeit zahlen Ihre Versicherer entweder:
  - die am Fälligkeitstag bestehende Kontounterdeckung (Saldo) des Quelle-Kundenkontos, wenn diese unter EUR 1.500,00 liegt **oder**
  - monatliche Raten von 10% der am Fälligkeitstag beste- henden, über EUR 1.500,00 liegenden Kontodeckung, maximal EUR 750,00 für maximal 10 Monate.

Was ist nicht versichert?

Tod:

- ✗ Selbstmord innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre.
- ✗ Das Höchstalter von 70 Jahren wird überschritten.

Arbeitslosigkeit:

- ✗ Arbeitslosigkeit während der Karenzzeit von 90 Tagen.
- ✗ Arbeitslosigkeit durch eine Kündigung oder einen Aufhebungsvertrag innerhalb der Wartezeit von 90 Tagen.
- ✗ Eine Arbeitslosigkeit aus einer Beschäftigung, die befristet oder nicht sozialversicherungspflichtig ist oder nicht mindestens 15 Stunden pro Woche ausgeübt wird.
- ✗ Wenn Sie nicht ununterbrochen 12 Monate tätig waren und davon die letzten 6 Monate bei demselben Arbeitgeber oder davor mindestens 12 Monate bei demselben Arbeitgeber.
- ✗ Wenn Sie als Selbstständiger keine 24 Monate tätig waren und hieraus nicht mindestens EUR 15.000,00 Betriebs- bzw. Geschäftseinnahmen erwirtschaftet haben.
- ✗ Die unbefristete volle Erwerbsunfähigkeit z. B. bei Bezug einer Ruhestands- oder Altersrente.
- ✗ Das Höchstalter von 65 Jahren wird überschritten.

Unfallinvalidität:

- ✗ Invalidität, die nicht innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist und
- ✗ nicht innerhalb von 15 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt wurde.
- ✗ Invalidität unterhalb eines Invaliditätsgrades von 25%.
- ✗ Das Höchstalter von 70 Jahren wird überschritten.

Schwere Krankheit:

- ✗ Bestimmte, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Krankheiten wie Angina Pectoris, stumme Infarkte, TIA, Krebs in Vor- und Frühstadien etc.
- ✗ Ihnen bekannte, bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Krankheiten.
- ✗ Das Höchstalter von 67 Jahren wird überschritten.

Arbeitsunfähigkeit:

- ✗ Arbeitsunfähigkeit während der Karenzzeit von 42 Tagen.
- ✗ Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit von 90 Tagen.
- ✗ Das Höchstalter von 67 Jahren wird überschritten.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

Tod/Arbeitsunfähigkeit:

! Durch absichtlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle oder als Folge der Weigerung, sich wegen Krankheiten oder Unfällen behandeln zu lassen.

! Durch eine Sucht wie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

Arbeitslosigkeit:

! Die durch Sie verursacht wurde, z. B. durch eigene Kündigung **oder** vorsätzliche Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten.

Unfallinvalidität:

! Durch Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen z. B. aufgrund von Trunkenheit.

! Durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

! Durch Infektionen oder Vergiftungen.

Wo bin ich versichert?

✓ Der Versicherungsschutz für Todesfälle, Unfallinvalidität, schwere Krankheiten und Arbeitsunfähigkeit besteht weltweit.

✓ Arbeitslosigkeit ist nicht versichert, wenn Sie sich länger als 3 Monate außerhalb der Europäischen Union aufhalten.

Welche Verpflichtungen habe ich?

– Sie müssen die Versicherungsbeiträge vollständig und rechtzeitig bezahlen.

– Ein Versicherungsfall ist uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen und alle relevanten Dokumente sind vorzulegen.

– Sie müssen uns im Schadenfall vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Versicherungsbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Beginn des Versicherungsschutzes zahlen, die weiteren Beiträge monatlich. Die Beitragszahlung erfolgt durch Quelle, die den Beitrag bei Fälligkeit der Rate bei Ihnen erhebt und direkt an uns auszahlt.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist in der Versicherungsbetätigung angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Der Versicherungsschutz endet planmäßig mit Beendigung des Quelle-Kundenkontos. Allerdings kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen auch vorzeitig enden, zum Beispiel mit Ihrem Tod oder Ihrer Abmeldung vom Gruppenversicherungsvertrag.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Durch eine Mitteilung in Textform an Quelle können Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende aus dem Gruppenversicherungsvertrag austreten.

Welche Kosten sind in der Prämie für die Todesfallabsicherung enthalten?

Für Ihren Versicherungsschutz sind Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten zu entrichten, die in der Monatsprämie bereits enthalten sind. Ihre Prämie variiert abhängig vom jeweils bestehenden Saldo Ihres Ratenkreditkontos und kann deshalb im Vorhinein nicht genau beziff ert werden.

Beispielhaft ausgehend von einem monatlichen Saldo Ihres Kontos in Höhe von EUR 500,00 und einer Laufzeit von 48 Monaten beträgt Ihre monatliche Prämie EUR 5,75 und der darin enthaltene Prämienanteil für die Absicherung des Todesfallrisikos EUR 0,56. Die einkalkulierten Abschlusskosten (§2 Abs. 1 Nr. 1 VVG-InfoV) für die Absicherung des Todesfallrisikos betragen EUR 0,00, stattdessen sind Kosten für eine sonstige Vergütung für in Anspruch genommene Vertriebsleistungen enthalten, deren Höhe nach Art und Umfang variiert und daher nicht konkret beziffert werden kann. Die Verwaltungskosten (§2 Abs. 1 Nr. 1 VVG-InfoV) für die Absicherung des Todesfallrisikos belaufen sich auf jährlich EUR 1,54, dies entspricht EUR 0,13 pro Monat. Sonstige Kosten (§2 Abs. 1 Nr. 2 VVG InfoV) fallen nicht an.

Versicherteninformation zum Flexikonto Zahlschutz im Quelle-Kundenkonto

Inhalt:

I. Wichtige Vertragsinformationen
II. Einwilligung nach den Datenschutzgesetzen und Schweigepfl ichtentbindungserklärung
III. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Flexikonto Zahlschutz
IV. Informationen über den Vermittler des Flexikonto Zahlschutzes
V. Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihrer Versicherer
VI. Versicherungsausweis

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde*,

bitte nehmen Sie diese Versicherteninformation zu Ihren Unterlagen. Die Versicherteninformation enthält alles Wichtige zu Ihrem Versicherungsschutz.

I. Wichtige Vertragsinformationen

1. Wer ist Ihr Versicherer?

Das Todesfall-, das Unfallinvaliditätsrisiko sowie die Risiken Schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sind durch die **SOGECAP S.A. d'assurance sur la vie et de capitalisation,** (Registergericht R.C.S. Nanterre 086 380 730, Hauptgeschäftstätigkeit: Lebensversicherungsgeschäft) versichert, das Risiko Arbeitslosigkeit durch die **SOGESSUR S.A.** (Registergericht R.C.S. Nanterre 379 846 637, Hauptgeschäftstätigkeit. Sachversicherungsgeschäft). Sitz beider Gesellschaften: **17 bis, Place des Reflets, Tour D 2, 92919 Paris La Défense CEDEX, Frankreich.** Führend ist die SOGECAP S.A. d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Die Versicherungsgesellschaften handeln durch ihre beiden deutschen Niederlassungen, die SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 98676) und die SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 133782). **Hauptbevollmächtigter für beide deutschen Niederlassungen ist Patrice Bègue. Sitz der deutschen Niederlassungen: Fuhlsbüttler Str.437, 22309 Hamburg. Unter dieser Anschrift können Sie die Versicherer im Streitfall verklagen.**

Die Versicherungssteuer wird unter folgenden Versicherungssteuer-Nr. an das Bundeszentralamt für Steuern abgeführt: SOGECAP S.A.: 806/V20000027857; SOGESSUR S.A.: 810/V90810034700.

Die Versicherer handeln jeweils unter dem gemeinsamen Handelsnamen „Société Générale Insurance".

2. WIDERRUFSBELEHRUNG

ABSCHNITT 1: Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

WIDERRUFSRECHT

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **die Vertragsbestimmungen,**

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Quelle GmbH. Bahnhofstrasse 10, 96224 Burgkunstadt

Fax: 0180 531 15 52, E-Mail: service@quelle.de**

**Kosten: 0,14 Euro/Minute Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 Euro/Minute

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online ausüben. Die entsprechende Funktion finden Sie auf quelle.de unter dem Begriff ‚Widerruf' im Footer. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermittelt die Quelle GmbH Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

WIDERRUFSFOLGEN

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich bei Monatsbeiträgen um einen Beitrag in Höhe von 1/30 des Beitrags für jeden Tag, an dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

BESONDERE HINWEISE

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 24 Monate und 30 Tage nach dem Vertragsschluss.

ABSCHNITT 2: Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

   b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

ENDE DER WIDERRUFSBELEHRUNG

II. Einwilligung nach den Datenschutzgesetzen und Schweigepflichtentbindungserklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für einen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister für die Kundenbetreuung und die Leistungsfallbearbeitung, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die jeweilige Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Beitritt oder die Durchführung des Versicherungsverhältnisses in der Regel nicht möglich sein wird. Einen möglichen Widerruf richten Sie bitte an:

SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung, Fuhlsbüttler Str.437, 22309 Hamburg

E-Mail-Adresse: datenschutzversicherung@socgen.com

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die **SOGECAP S.A.** sowie die **SOGESSUR S.A. (nachfolgend: Versicherer oder Société Générale Insurance)** selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) sowie
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Société Générale Insurance (unter 3. und 4.).

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Société Générale Insurance

Ich willige ein, dass die Société Générale Insurance die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, insbesondere zur Prüfung eines Leistungsanspruchs oder Beendigung dieses Versicherungsverhältnisses, erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die entsprechende Erklärung werden wir von Ihnen im Einzelfall einholen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine solche Einwilligung kann zum jetzigen Zeitpunkt von Ihnen – wie hier vorgesehen – abgegeben werden. Alternativ kann diese Entscheidungsbefugnis über Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen auch auf Ihre Erben übertragen werden. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für Stellen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Société Générale Insurance – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen sowie Beitritten zu Gruppenversicherungsverträgen aus einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren vor der Beitrittserklärung zum Gruppenversicherungsvertrag an die Société Générale Insurance übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Société Générale Insurance an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Société Générale Insurance tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Société Générale Insurance

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Société Générale Insurance meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Société Générale Insurance zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) siehe Tabelle S. 11 1)

Wir führen im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, die Schadenbearbeitung, die Auszahlung etwaiger Versicherungsleistungen, den Einzug der Versicherungsprämie, die Bearbeitung von Widerrufen, Kündigungen und anderen Vertragsanfragen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Société Générale Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass die Société Générale Insurance meine Gesundheitsdaten an eine andere Gesellschaft der Société Générale Gruppe oder eine andere Stelle übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Société Générale Insurance dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Société Générale Insurance und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihr Versicherungsverhältnis Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Sie zu dem Gruppenversicherungsvertrag angemeldet werden können.

Der Vermittler, der Ihr Versicherungsverhältnis vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt Ihr Versicherungsverhältnis zustande kam.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Daten zu Ihrem Versicherungsverhältnis mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Société Générale Insurance meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Weitere Einwilligungen nach den Datenschutzgesetzen

Ich willige – jederzeit widerrufbar – ein, dass die Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Beitrittsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Versicherungsschutzes sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen bzw. Beitritten zu Gruppenversicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen und bezieht sich ausdrücklich auch auf etwaige Gesundheitsangaben.

Ich willige – jederzeit widerrufbar – ferner ein, dass die Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen und, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, an Vermittler oder mit der Vertragsverwaltung und Schadenregulierung betraute Gesellschaften weitergibt.

III. Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Flexikonto Zahlschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde*,

mit den nachfolgend aufgeführten Allgemeinen Versicherungsbedingungen möchten wir Sie über den Inhalt des Vertragsverhältnisses zwischen der Quelle GmbH und den Versicherungsgesellschaften informieren, dem Sie als versicherte Person beigetreten sind. Ihnen als versicherter Person obliegt die Pflicht der Beitragszahlung über Quelle sowie die Einhaltung der im Versicherungsfall zu erfüllenden Obliegenheiten. Bitte beachten Sie diese Obliegenheiten, damit Sie Ihren Versicherungsschutz nicht gefährden.

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen sind in zwei Abschnitte gegliedert: Abschnitt A. (Allgemeiner Teil) enthält die für alle Risiken geltenden allgemeinen Regelungen. In Abschnitt B. finden Sie die Besonderen Bedingungen für die Risiken Tod, Arbeitslosigkeit, Unfallinvalidität und schwere Krankheit. Gegen welche Risiken Sie versichert sind, entnehmen Sie bitte der Ihnen vom Versicherungsnehmer zugesandten Versicherungsbestätigung.

Hinweis: Alle personenbezogenen Bezeichnungen in den nachfolgenden Bedingungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Leistungen auf einen Blick

Diese Tabelle dient als Überblick. Bitte vergleichen Sie – insbesondere bezüglich der jeweiligen Voraussetzungen und der Höhe der Leistungen sowie deren Empfänger – die vorliegenden Bedingungen.

Die Versicherung schützt den offenen Saldo Ihres Quelle-Kundenkontos

Versichertes Risiko	Karenz-zeit	Warte-zeit	Leistungs-umfang	Max. Leistungs-betrag und -dauer	Altersgrenze für die Leistung***
Tod/Unfalltod	–	–	Einmalzahlung: Zahlung des offenen Kontosaldos zum Todeszeitpunkt	Max. EUR 8.000 gesamt	der 70. Geburtstag
Arbeitslosig-keit	90 Tage	90 Tage	Zahlung der Kontounterdeckung (Saldo), wenn diese unter EUR 1.500,00 liegt oder monatliche Raten von 10% der am Fälligkeits-tag bestehenden, über EUR 1.500,00 liegenden Kontounterdeckung, maximal EUR 750,00 für maximal 10 Monate	Max. EUR 750,00 für max. 10 Monate	der 65. Geburtstag
Schwere Krankheiten	–	90 Tage	Einmalzahlung: Zahlung des offenen Kontosaldos zum Zeit-punkt der Erstdiagnose	Max. EUR 8.000 pro Fall	der 67. Geburtstag
Arbeitsun-fähigkeit	42 Tage	90 Tage	Zahlung der Kontounterdeckung (Saldo), wenn diese unter EUR 1.500,00 liegt oder monatliche Raten von 10% der am Fälligkeits-tag bestehenden, über EUR 1.500,00 liegenden Kontounterdeckung, maximal EUR 750,00 für maximal 10 Monate	Max. EUR 750,00 für max. 10 Monate	der 67. Geburtstag
Unfall-invalidität	–	–	Einmalzahlung: Zahlung der Konto-unterdeckung (Saldo) der versicherten Person bei mindestens 25%. Unfallinvalidität	Max. EUR 8.000 gesamt	der 70. Geburtstag

***Also bis zu dem jeweiligen Geburtstag.

A. Allgemeiner Teil

§1 Welche Bedeutung haben die in diesen Bedingungen verwendeten Begriffe?

(1) Eintrittsalter

Das Mindestalter beträgt 18 Jahre, das Höchstalter des Antragstellers beträgt 69 Jahre. Im Übrigen finden sich unter A. §3 die Regelungen zum Eintrittsalter und unter A. §5 Absatz 2 die Regelungen zum Höchstalter für die einzelnen Risiken.

(2) Versicherungssumme und maximale Gesamtversicherungssumme

Versichert ist die bei Eintritt des Versicherungsfalles planmäßig noch ausstehende Zahlungsverpflichtung der versicherten Person aus der Ratenzahlungsvereinbarung im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Dabei bleiben Zahlungsrückstände oder Verzugszinsen unberücksichtigt. Unabhängig von der Anzahl und der Höhe der von einer versicherten Person geführten Kundenkonten bei Quelle ist die maximale Gesamtversicherungssumme auf den in A. §10 Absatz 1 genannten Betrag begrenzt; dies gilt auch dann, wenn mehrere Versicherte ein Quelle-Kundenkonto versichert haben.

(3) Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer des mit den Versicherern abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages ist Quelle.

(4) Versicherte Person

Versicherte Person ist, wer als Kunde im Rahmen eines Warenkaufs mit Ratenzahlungsvereinbarung mit Quelle diesem Gruppenversicherungsvertrag beigetreten ist und im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Versicherungsschutz genießt. Versicherte Person kann nur sein, wer seinen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf den Ehegatten oder nichtehelichen Lebensgefährten der versicherten Person, mit dem diese bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr zusammengelebt hat, sofern der Ehegatte oder nichteheliche Lebensgefährte die in A. §5 Absatz 2 erwähnten Altersgrenzen erfüllt.

(5) Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(6) Unfallinvalidität

Unfallinvalidität lieg t vor, wenn der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person führt. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein sowie spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein. Der Anspruch auf Leistung entsteht ab einem Grad der Invalidität von 25%.

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

- eines Armes im Schultergelenk 70%
- eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks 65%
- eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks 60%
- einer Hand im Handgelenk 55%
- eines Daumens 20%
- eines Zeigefingers 10%
- eines anderen Fingers 5%
- eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 70%
- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60%
- eines Beines bis unterhalb des Knies 50%
- eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 45%
- eines Fußes im Fußgelenk 40%
- einer großen Zehe 5%
- einer anderen Zehe 2%
- eines Auges 50%

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

- des Gehörs auf einem Ohr 30%
- des Geruchs 10%
- des Geschmacks 5%

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen. Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht geregelt ist, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist. Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.

(7) Schwere Krankheit

Eine schwere Krankheit liegt vor, wenn bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der folgenden Krankheiten erstmalig diagnostiziert wurde:

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 (unabhängig davon, welches Organ von Krebs befallen ist) 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, d.h. 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 oder weniger oder einem Stadium T1N0M0 und T2N0M0
   f) Papilläres Mikrokarzinom der Schilddrüse und der Blase
   g) Chronische 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 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag 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.

(8) Arbeitnehmer

Arbeitnehmer ist eine versicherte Person, die mindestens 15 Stunden pro Woche unbefristet sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist. Vor Beginn einer Arbeitslosigkeit muss sie in diesem Umfang mindestens 12 Monate ununterbrochen tätig gewesen sein und hiervon seit den letzten 6 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber. Die versicherte Person gilt im Sinne dieser Bedingungen auch dann als Arbeitnehmer, wenn das der Arbeitslosigkeit vorangegangene Beschäftigungsverhältnis weniger als 6 Monate angedauert hat, sie aber bei ihrem vorherigen Arbeitgeber mindestens 12 Monate in einem sozialversicherungspflichtigen und ungekündigten Beschäftigungsverhältnis tätig war.

Geringfügig Beschäftigte im Sinne des § 8 (1) Nr. 1 SGB IV („Minijob“), Auszubildende, Kurzarbeiter, Saisonarbeiter, Bundesfreiwilligendienstleistende, Hausfrauen/ -männer, Rentner oder Personen in Elternzeit gelten nicht als Arbeitnehmer im Sinne dieser Bedingungen.

(9) Selbstständiger

Selbstständig ist, wer einer nicht sozialversicherungspflichtigen Betätigung nachgeht und ausschließlich aus dieser seinen gesamten Lebensunterhalt bestreitet, wobei aufgrund von Mutterschutzzeiten oder Elternzeit erzielte Einkünfte sowie eine geringfügige Beschäftigung („Minijob“) im Sinne des § 8 (1)

Nr. 1 SGB IV unbeachtlich sind. Selbstständig ist, wer seine Betätigung mit der Absicht betreibt, dauerhaft Gewinn zu erzielen. Im Übrigen gelten unterschiedliche Regeln für folgende Gruppen:

Gruppe I: Gewerbetreibende einschließlich Vertretern, Vermittlern und Maklern: eine Gewerbeanmeldung ist erforderlich;

Gruppe II: Landwirte: Eine Gewerbeanmeldung ist nicht erforderlich;

Gruppe III: Freiberufler: Eine Gewerbeanmeldung ist nicht erforderlich, jedoch muss eine berufsständische Zulassung vorliegen.

Die ausschließliche Bestreitung des Lebensunterhaltes aus dieser Tätigkeit bedeutet dabei, dass in den zwei vorangegangenen Kalenderjahren vor Eintritt des Versicherungsfalles nachweislich mindestens EUR 15.000,00 Betriebseinnahmen (Gruppe I und Gruppe II) bzw. Geschäftseinnahmen (Gruppe III) jährlich erwirtschaftet wurden.

(10) Arbeitssuchender

Arbeitssuchend ist, wer arbeitslos ist und Anspruch auf Arbeitslosengeld I (ALG I) nach deutschem Recht in Deutschland hat und aktiv nach Arbeit sucht. Endet der Anspruch auf ALG I, genügt ein weitergehender Anspruch auf ALG II. Falls die versicherte Person nachweislich kein ALG II bekommt, kann sie trotzdem Anspruch auf Leistung haben. Ein Minijob hindert die Einstufung als Arbeitssuchender nicht.

(11) Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person als Arbeitnehmer, als Selbstständiger oder als Arbeitssuchender während der Dauer des Versicherungsschutzes aufgrund von Krankheit oder Unfallfolgen vorübergehend nicht in der Lage ist ihre bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben und eine solche Tätigkeit auch tatsächlich nicht ausübt und auch keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Als Nachweis für die Arbeitsunfähigkeit benötigt die versicherte Person ein Attest vom Arzt. Der Arzt muss in Deutschland niedergelassen und „approbiert“ sein. Approbiert bedeutet, dass der Arzt eine staatliche Genehmigung für seinen Beruf hat. Der Versicherungsfall beginnt mit dem ersten Tag der vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit.

(12) Arbeitslosigkeit für Arbeitnehmer:

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person als Arbeitnehmer (vgl. A. §1 Absatz 8) während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos wird und nicht gegen Entgelt tätig ist. Die Arbeitslosigkeit muss Folge einer Kündigung des Arbeitgebers oder einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweisen Erledigung eines Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein. Arbeitslosigkeit liegt nach Ablauf von 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes auch bei einer Kündigung durch die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen vor, sofern dies durch ärztliches Attest nachgewiesen wird. Bei Beginn der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person außerdem Anspruch auf Arbeitslosengeld I (ALG I) nach deutschem Recht in der Bundesrepublik Deutschland haben und während dessen Dauer aktiv nach Arbeit suchen. Endet der Anspruch auf ALG I, genügt ein weitergehender Anspruch auf ALG II. Erhält die versicherte Person wegen fehlender Bedürftigkeit nachweislich kein ALG II, hindert dies den Leistungsanspruch nicht. Eine geringfügige Beschäftigung („Mini Job“) im Sinne des § 8 (1) Nr. 1 SGB IV ist unbeachtlich. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Datum der Kündigung des Arbeitsverhältnisses bzw. des Aufhebungsvertrages. Im Übrigen gelten die Regelungen unter B. Teil 2.

(13) Arbeitslosigkeit für Selbstständige:

Als arbeitslos gelten Selbstständige, die ihre selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grunde aufgegeben haben; ein wirtschaftlicher Grund für den Verlust der Erwerbsgrundlage ist gegeben, wenn nachweislich, im Anschluss an zwei vorausgegangene Kalenderjahre, in welchen jeweils mindestens EUR 15.000,00 Betriebs- bzw. Geschäftseinnahmen jährlich erwirtschaftet wurden (vgl. A. § 1 Absatz 9), die gesamten Betriebs- und Geschäftseinnahmen der letzten 6 Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles insgesamt unter EUR 6.000,00 liegen und das Gewerbe abgemeldet bzw. der Betrieb oder das Geschäft aufgegeben wurde, der Versicherte bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet ist und aktiv nach Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland sucht. Für Gesellschafter-Geschäftsführer liegt Arbeitslosigkeit auch dann vor, wenn dieser durch Beschluss der Gesellschafterversammlung als Geschäftsführer abberufen wurde. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Datum der Gewerbeabmeldung, spätestens aber mit dem Datum der Arbeitslosmeldung bei der Bundesagentur für Arbeit.

(14) Karenzzeit

Karenzzeit ist die Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles und dem Beginn der Leistungspflicht des Versicherers:

Sie dauert 42 Tage bei Arbeitsunfähigkeit und 90 Tage bei Arbeitslosigkeit. Für schwere Krankheiten, Tod und Unfallinvalidität gibt es keine Karenzzeit. Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit müssen während der Karenzzeit ununterbrochen angedauert haben. Für die Dauer der Karenzzeit sind Versicherungsbeiträge zu entrichten.

(15) Wartezeit

Zu Beginn des Versicherungsschutzes startet eine Wartezeit von 90 Tagen für das Risiko Arbeitslosigkeit. In dieser Wartezeit hat die versicherte Person noch keinen Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Ein Versicherungsfall, der innerhalb dieser 90 Tage eintritt, ist also nicht versichert: auch dann nicht, wenn der Versicherungsfall über die Wartezeit hinaus besteht. Die Wartezeit gilt nicht bei Unfallinvalidität, im Todesfall, bei Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit. In der Wartezeit sind Versicherungsbeiträge zu bezahlen.

§2 Was ist versichert?

(1) Der Flexikonto Zahlschutz dient der Absicherung der offenen Zahlungsverpflichtungen der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer aus dem Warenkauf mit Ratenzahlungsvereinbarung im Rahmen des Quelle-Kundenkontos bei Eintritt bestimmter Risiken. Alle versicherten Personen sind gegen die Risiken Tod, Arbeitslosigkeit, Unfallinvalidität, schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit versichert.

(2) Die Risiken können nicht einzeln in den Versicherungsschutz ein- oder von diesem ausgeschlossen werden.

(3) Ratenzahlungsvereinbarungen, die in Kenntnis eines bevorstehenden Versicherungsfalles eingegangen werden, sind nicht versichert.

(4) Sind mehrere Personen für das gleiche Kundenkonto versichert, so wird die Leistung aus dem Flexikonto Zahlschutz nur einmal erbracht.

§3 Unter welchen Voraussetzungen wird der Versicherungsschutz gewährt?

(1) Wenn ein Kunde im Rahmen eines Warenkaufs einen Kaufvertrag mit Ratenzahlungsvereinbarung mit dem Versicherungsnehmer geschlossen und seinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat, kann er dem Gruppenversicherungsvertrag als versicherte Person beitreten.

(2) Bei Abgabe der Beitrittserklärung muss die versicherte Person mindestens 18 Jahre sein.

(3) Das Höchsteintrittsalter bei Abgabe der Beitrittserklärung beträgt 69 Jahre. Die Versicherung endet spätestens mit dem 70. Geburtstag. Das Höchstalter für die einzelnen Risiken gemäß A. § 5 Absatz 2 bleibt davon unberührt.

§4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt – vorbehaltlich der in B. Teil 2 §3 geregelten Wartezeit – nach Abgabe der Beitrittserklärung, frühestens jedoch 3 Monate vor Fälligkeit der ersten Rate. Erfolgt der Beitritt zu dem Gruppenversicherungsvertrag telefonisch oder per Internet, beginnt der Versicherungsschutz an dem Datum, welches in dem vom Versicherungsnehmer zugesandten Bestätigungsschreiben bzw. der Versicherungsbestätigung angegeben ist.

§5 Wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der nachfolgenden Zeitpunkte:
   1. zum Zeitpunkt der – gleich aus welchem Grund – erfolgenden Beendigung des Quelle-Kundenkontos bei dem Versicherungsnehmer;
   2. mit der Verlegung des ständigen Wohnsitzes außerhalb von Deutschland
   3. mit dem Tod der versicherten Person;
   4. mit der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages;
   5. mit der Abmeldung der versicherten Person vom Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer;
   6. wenn die maximale Versicherungsleistung gemäß A. §10 erbracht wurde;
   7. in der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung mit dem Tag der Gewährung einer unbefristeten vollen Erwerbsunfähigkeitsrente durch die Deutsche Rentenversicherung bzw. mit Bezug einer Ruhestands- oder Altersrente; der Versicherungsschutz für andere Risiken bleibt hiervon unberührt;
   8. mit dem Tag der Erstdiagnose einer schweren Krankheit, aufgrund derer eine Versicherungsleistung erbracht wird;
   9. mit dem Tag des Eintritts einer Unfallinvalidität, aufgrund derer eine Versicherungsleistung erbracht wird.

(2) Der Versicherungsschutz endet außerdem für die Risiken Tod und Unfallinvalidität am letzten Tag des Monats, in dem die versicherte Person den 70. Geburtstag hat. Für die Risiken schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit endet der Versicherungsschutz am letzten Tag des Monats, in dem die versicherte Personden den 67. Geburtstag hat. Für das Risiko Arbeitslosigkeit endet der Versicherungsschutz am 65. Geburtstag.

§6 Wie kann der Versicherungsschutz von der versicherten Person beendet werden?

Die versicherte Person kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende aus dem Gruppenversicherungsvertrag austreten. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Zeitpunkt des Zugangs der Erklärung. Der Austritt ist gegenüber Quelle in Textform (z.B. per Brief, Telefax, E-Mail) zu erklären. Die Anschrift lautet: Quelle GmbH, Bahnhofstrasse 10, 96224 Burgkunstadt, E-Mail: service@quelle.de.

§7 Wann ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Der Beitrag für den Versicherungsschutz ist ein monatlicher Beitrag. Der erste Versicherungsbeitrag wird mit Beginn des Versicherungsschutzes (siehe A. §4) fällig und ist zusammen mit der ersten Rate des Quelle-Kundenkontos zahlbar. Die folgenden Versicherungsbeiträge werden jeweils am gleichen Tag fällig, an dem die entsprechende Rate fällig wird.

§8 Was geschieht, wenn der Versicherungsbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

(1) Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können die Versicherer – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – den jeweiligen Beitritt zum Versicherungsschutz zurückweisen. Dies gilt nicht,

wenn den Versicherern nachgewiesen wird, dass die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind die Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, sofern sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis in der Beitrittserklärung auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Die Leistungspflicht besteht jedoch, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer nachweisen, dass die versicherte Person die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

(3) Wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, gerät die versicherte Person ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass die versicherte Person die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

§9 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Gruppenversicherungsvertrag erbringen die Versicherer zugunsten des versicherten Kundenkontos an den unwiderruflich bezugsberechtigten Versicherungsnehmer.

(2) Eine Übertragung von Rechten und Ansprüchen aus dem Gruppenversicherungsvertrag bedarf der schriftlichen Zustimmung der Versicherer sowie der schriftlichen Zustimmung des unwiderruflich bezugsberechtigten Versicherungsnehmers.

§10 Welche maximale Leistung erbringen die Versicherer?

(1) Die Versicherungsleistung im Todesfall, bei Unfallinvalidität und bei schwerer Krankheit ist auf höchstens EUR 8.000,00 begrenzt.

(2) Die monatliche Leistung für ein versichertes Ereignis aufgrund von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit ist auf EUR 750,00 begrenzt. Diese Begrenzung gilt auch, sofern mehrere Kundenkonten der versicherten Person versichert wurden. Die Höchstleistungsdauer für einen oder mehrere Versicherungsfälle wegen Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit sind beschränkt auf 10 Monate.

§11 Ist die versicherte Person an Überschüssen beteiligt?

Die versicherte Person ist nicht an den Überschüssen der Versicherer beteiligt.

§12 Wann dürfen die Versicherer eine Bedingungsanpassung vornehmen?

(1) Wenn eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt werden sollte, können die Versicherer diese durch eine neue Regelung ersetzen, sofern dies zur Fortführung des Gruppenversicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Gruppenversicherungsvertrag ohne eine neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

(2) Eine Bedingungsanpassung ist nur zulässig, wenn die im Gruppenversicherungsvertrag entstandene Regelungslücke nicht durch eine gesetzliche Bestimmung geschlossen werden kann. Die neue Regelung muss die Belange des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person angemessen berücksichtigen und darf die versicherte Person insbesondere nicht schlechter stellen als sie bei Beitritt zum Versicherungsschutz stand.

(3) Die geänderten Bedingungen teilen die Versicherer dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person in Textform unter Erläuterung von Grund, Inhalt und Folgen der Änderung mit. Die geänderten Bedingungen werden Vertragsbestandteil, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nicht innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Mitteilung ausdrücklich widersprechen. Hierauf werden der Versicherungsnehmer und die versicherte Person bei Bekanntgabe der geänderten Bedingungen nochmals ausdrücklich hingewiesen.

§13 Wann dürfen die Versicherer eine Beitrags- oder Leistungsanpassung vornehmen?

(1) Die Versicherer sind berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn

1. sich der Leistungsbedarf der Versicherer nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
2. der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung durch den Versicherer zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat. Von einer Veränderung des zur Beitragsanpassung berechtigenden Leistungsbedarfs wird dann auszugehen sein, wenn der von dem Treuhänder ermittelte Durchschnitt der Schadenzahlungen in der maßgeblichen Risikogruppe für das vergangene Kalenderjahr den Durchschnitt der Schadenzahlungen für das diesem vorangegangene Kalenderjahr mindestens 5% überschreitet. Die Erhöhung des Beitrags findet im gleichen prozentualen Verhältnis statt, wobei Veränderungen unter 5% unberücksichtigt bleiben.

(2) Die Bestätigung des Treuhänders ist nicht notwendig, wenn der Beitragsanpassung eine Erhöhung der in dem Beitrag enthaltenen Steuer oder eine Änderung der Besteuerungsgrundlage zugrunde liegt. Die Anpassung aufgrund einer Steuererhöhung oder einer Änderung der Besteuerungsgrundlage gilt ab dem Tag, an dem dadurch eine Veränderung der Rechnungsgrundlage eintritt.

(3) Im Falle einer Erhöhung des Beitrages gemäß A. §13 Absatz 1 verpflichten sich die Versicherer, den Tarifvorschlag mindestens 3 Monate vor dem Inkrafttreten der Anpassung dem Versicherungsnehmer bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer wird die versicherte Person dann mindestens 2 Monate vor dem Datum der tatsächlichen Beitragsanpassung schriftlich informieren. Zusammen mit dieser Mitteilung wird der Versicherungsnehmer die versicherte Person darauf hinweisen, dass ihr im Falle einer Beitragserhöhung das Recht zusteht, den Versicherungsschutz innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung schriftlich zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht kommt nicht zum Tragen, wenn die Beitragsanpassung durch eine Steuererhöhung verursacht wird.

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

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, sollten stets in Textform (z. B. per Brief, Telefax oder E-Mail) erfolgen. Für die Versicherer bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie der **Quelle GmbH, Bahnhofstr. 10, 96224 Burgkunstadt (E-Mail: service@quelle.de, Fax: 0180 - 531 15 52) oder der SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung, Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg (E-Mail: vertragsservice@socgen.com,**

Fax: 040 - 271 65 61 95), zugegangen sind.

§15 Was gilt für Änderungen des Namens oder der Postanschrift der versicherten Person?

Eine Änderung des Namens oder der Anschrift der versicherten Person sind umgehend der Quelle GmbH, Bahnhofstrasse 10, 96224 Burgkunstadt (siehe A. §14) oder der SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung (siehe A. §14) mitzuteilen. Anderenfalls können für die versicherte Person Nachteile entstehen, da eine an die versicherte Person zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an den bisherigen Namen oder an die zuletzt bekannte Anschrift gesendet werden kann. In diesem Fall gilt die Willenserklärung der Versicherer drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

§16 Welches Recht findet auf den Gruppenversicherungsvertrag Anwendung?

(1) Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Abweichend von §§ 44 ff. VVG kann die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers ihre Rechte aus dem Flexikonto Zahlschutz gerichtlich geltend machen. Die Versicherer sind nicht berechtigt, die Ansprüche der versicherten Person mit Beitragsforderungen oder anderen gegen den Versicherungsnehmer gerichteten Forderungen aufzurechnen.

§17 Welche Sprache findet im Gruppenversicherungsvertrag Anwendung?

Alle Informationen werden in deutscher Sprache erteilt. Auch während der Laufzeit des Vertrages erfolgt die Korrespondenz und Kommunikation ausschließlich in deutscher Sprache.

§18 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Gruppenversicherungsvertrag gegen die Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des jeweiligen Versicherers oder dem Sitz der für den Gruppenversicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Daneben kann auch das örtlich zuständige Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers angerufen werden. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen aus dem Gruppenversicherungsvertrag gegen die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäische Union, Islands, Norwegens, Liechtensteins oder der Schweiz, ist das für den Ort des Geschäftssitzes des jeweiligen Versicherers zuständige Gericht zuständig.

§19 Was tun im Beschwerdefall?

Im Falle von Unstimmigkeiten sind Beschwerden vorrangig an **SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung, Fuhlsbüttler Str.437, 22309 Hamburg, Telefon: 040/646-03-140** zu richten. Die SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit kann das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch genommen werden. Der Ombudsmann der Versicherungen ist über Telefon 0800/3696 000, Fax 0800/3699 000 per Post **„Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin", oder über E-Mail beschwerde@versicherungsombudsmann.de** zu erreichen. Die Entscheidung des Versicherungsombudsmannes ist nicht verbindlich. Der Rechtsweg steht der versicherten Person jederzeit offen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit,sich an die zuständige **Aufsichtsbehörde L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (französische Aufsichtsbehörde), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris, Frankreich, oder an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, und Marie-Curie-Straße 24–28, 60439 Frankfurt am Main,** zu wenden.

§20 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis?

Ansprüche der versicherten Person aus dem Gruppenversicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei den Versicherern angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem der versicherten Person die Entscheidung des jeweiligen Versicherers in Textform zugeht.

§21 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

Wir sind dann nicht verpflichtet, diesem Versicherungsvertrag nachzukommen und/oder Versicherungsleistungen zu bezahlen, soweit und solange dem Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

B. Besondere Bedingungen für den Flexikonto Zahlschutz von Quelle

Teil 1: Todesfallversicherung

§1 Welche Versicherungsleistung wird im Todesfall gezahlt?

Im Todesfall zahlen die Versicherer den Betrag der zum Todeszeitpunkt bestehenden Kontounterdeckungen der versicherten Person im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Die Höchstversicherungsleistung im Todesfall ist auf EUR 8.000,00 beschränkt, auch wenn mehrere Kundenkonten der versicherten Person versichert wurden. Die Versicherung endet mit Zahlung der Versicherungsleistung.

§2 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

(1) Bei Eintritt eines Versicherungsfalles sind den Versicherern folgende Unterlagen vorzulegen:

- eine amtliche Sterbeurkunde (Kopie);
- ein Nachweis über die Todesursache;
- ein ausführliches ärztliches Attest über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode geführt hat;
- ggf. eine Kopie des Polizeiberichts bzw. Adresse und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft;
- sofern Leistungen für den Ehegatten oder Lebensgefährten der über den Flexikonto Zahlschutz versicherten Person beansprucht werden, ein geeigneter Nachweis (z. B. Mietvertrag, Bescheinigung der Meldebehörde), dass die verstorbene Person mit der im Flexikonto Zahlschutz versicherten Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr zusammengelebt hat.

(2) Die mit den Nachweisen gemäß vorstehendem Absatz 1 verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht. Zur Klärung der Leistungspflicht können die Versicherer notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen anstellen. Die Kosten für ergänzende medizinische Auskünfte tragen die Versicherer.

(3) Die Auszahlung der Versicherungsleistung kann von der vorherigen Vorlage der genannten Unterlagen und Nachweise sowie der Erteilung der notwendigen Auskünfte abhängig gemacht werden.

§3 Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Obliegenheiten?

Wird eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ist, es sei denn, die Obliegenheit wurde arglistig verletzt. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung von Auskunfts- oder Aufklärungspflichten tritt nur ein, wenn die Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§4 Welche Ausschlüsse gelten für die Todesfallversicherung?

Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn der Tod so verursacht ist:

1. durch absichtlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle oder als Folge der Weigerung, sich wegen Krankheiten oder Unfällen behandeln zu lassen;
2. durch vorsätzliche Selbsttötung im Laufe der ersten zwei Versicherungsjahre. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;
3. durch Folgen eines Bürgerkrieges, Krieges, Aufstands, einen Aufruhr, eines Attentats, einer terroristischen Handlung, sofern Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben;
4. durch eine Sucht (z. B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch), durch Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
5. durch Einwirkung von Kernenergie, sei es mittelbar oder unmittelbar;
6. durch chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden (z. B. Schönheitsoperationen, Brustvergrößerungen, Piercings);

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

7. in Folge einer vorsätzlichen Ausführung oder eines Versuchs einer Straftat durch Sie bzw. der mitversicherten Person.

Teil 2: Arbeitslosigkeitsversicherung

§1 Wozu dient die Arbeitslosigkeitsversicherung?

Die Arbeitslosigkeitsversicherung dient der Absicherung der Verpflichtung der versicherten Person zur Zahlung der monatlichen Raten aus dem Quelle-Kundenkonto für den Fall der Arbeitslosigkeit.

§2 Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?

Wann die versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen als arbeitslos gilt, ergibt sich aus der Begriffsbestimmung in A. §1 Absatz 12 für Arbeitnehmer und A. § 1 Absatz 13 für Selbstständige.

§3 Welche Wartezeit ist zu beachten?

Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit besteht erst nach Ablauf der Wartezeit von 2 Monaten. Arbeitslosigkeit aufgrund einer Kündigung, die während der **Wartezeit ausgesprochen, oder eines Aufhebungsvertrags,** der während der Wartezeit geschlossen wird, ist nicht versichert.

§4 Welche Leistungen erbringen die Versicherer bei Eintritt der Arbeitslosigkeit?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer der Versicherung unverschuldet gemäß den Kriterien in A. §1 Absatz 12 oder 13 arbeitslos (Versicherungsfall), zahlen die Versicherer zur vereinbarten Fälligkeit nach Ablauf einer Karenzzeit von 90 Tagen bei weiterhin bestehender Arbeitslosigkeit am Fälligkeitstag:
   - bei einer am Fälligkeitstag bestehenden Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos von weniger als EUR 1.500,00 den Betrag der bestehenden Kontounterdeckung; der Versicherungsschutz für diesen Fall der Arbeitslosigkeit endet mit Zahlung der Versicherungsleistung;
   - bei einer am Fälligkeitstag bestehenden Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos höher als EUR 1.500,00 monatliche Raten von 10 % der bestehenden Kontounterdeckung, höchstens jedoch EUR 750,00 pro Monat. Die Leistungsdauer ist auf höchstens 10 Monate begrenzt (siehe A. §10 Absatz 2).

(2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist gegenüber den Versicherern unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit schriftlich anzuzeigen. Für die Geltendmachung ist der hierfür bestimmte Leistungsantrag, der von den Versicherern bezogen werden kann, zu verwenden. Erfolgt die Anzeige später als 3 Monate nach dem Eintritt der Arbeitslosigkeit, beginnt die Leistungspflicht erst mit dem laufenden Monat, in dem die Meldung erfolgt ist, es sei denn, die Verzögerung war nicht durch die versicherte Person zu vertreten.

(3) Der Anspruch auf Zahlung der versicherten Rate des Quelle-Kundenkontos erlischt vorzeitig, wenn:
   1. die versicherte Person eine Arbeitstätigkeit aufnimmt, deren Entgelt nicht unter den sozialgesetzlichen Hinzuverdienstgrenzen liegt;
   2. die versicherte Person arbeitsunfähig wird, unabhängig davon, ob sie Leistungen nach diesen Bedingungen bezieht oder nicht.
   3. die versicherte Person Leistungen aus der Unfallinvaliditätsversicherung nach B. Teil 3, aus der Versicherung gegen schwere Krankheit nach B. Teil 4 oder aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung nach B. Teil 5 bezieht;
   4. mit dem Tag der Gewährung einer vollen Erwerbsunfähigkeit bzw. mit Bezug einer Ruhestands- oder Altersrente;
   5. der Versicherungsschutz aus einem der in A. §5 aufgeführten Gründe endet.

§5 Welche Leistungen erbringen die Versicherer bei mehrfacher Arbeitslosigkeit?

Um mehrfache Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu erhalten, muss die versicherte Person nach einer Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen seit mindestens 6 Monaten durchgehend bei einem Arbeitgeber wieder einer Beschäftigung mit mindestens 15 Wochenstunden nachgehen oder seit mindestens 24 Monaten wieder selbstständig tätig gewesen sein. Sollte die versicherte Person jedoch innerhalb von 6 Monaten nach Aufnahme einer Tätigkeit nach Leistungsempfang von den Versicherern wieder arbeitslos werden, betrachten die Versicherer dies als einen Versicherungsfall. Die bisher geleisteten Monate werden auf den Höchstleistungsanspruch nach A. §10 Absatz 2 angerechnet. In diesem Fall wird die Karenzzeit gemäß B. Teil 2, §4 Absatz 1 nicht erneut angerechnet.

§6 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

(1) Werden Leistungen wegen Arbeitslosigkeit verlangt, sind den Versicherern unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

1. Bei Arbeitnehmern:
   - Kündigungsschreiben oder Aufhebungsvertrag sowie
   - vollständiger Arbeitsvertrag mit dem letzten Arbeitgeber sowie
   - vollständiger Bewilligungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit über den Anspruch auf Arbeitslosengeld sowie
   - bei fortlaufender Arbeitslosigkeit einen monatlichen Nachweis über gezahltes Arbeitslosengeld sowie
   - sofern Leistungen für den Ehegatten oder Lebensgefährten der versicherten Person beansprucht werden, außerdem ein geeigneter Nachweis, dass die betroffene Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr mit der versicherten Person zusammengelebt hat (z. B. Mietvertrag, Bescheinigung der Meldebehörde).

2. Bei Selbständigen:
   - Gewerbean und –abmeldung, sofern die versicherte Person zur Gruppe I gemäß A. § 1 Absatz 9 gehört oder
   - berufsständische Zulassung, sofern die versicherte Person zu Gruppe III gemäß A. §1 Absatz 9 gehört. Oder
   - bei freiberuflich Tätigen und Landwirten Bestätigung des Steuerberaters über das Vorliegen der Voraussetzungen nach A. § 1 Absatz 13;
   - bei Gesellschafter-Geschäftsführer einen Auszug aus dem Handelsregister und Beschluss der Gesellschafter-Versammlung, aus denen sich die Abberufung ergibt sowie
   - Einkommenssteuerbescheide oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten 2 Kalenderjahre vor Eintritt der Arbeitslosigkeit sowie
   - Nachweis über das zu versteuernde Einkommen der letzten 6 Monate vor Beginn der Arbeitslosigkeit sowie
   - Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit, dass Sie dort arbeitsuchend gemeldet sind.
   - sofern Leistungen für den Ehegatten oder Lebensgefährten der versicherten Person beansprucht werden, außerdem ein geeigneter Nachweis, dass die betroffene Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr mit der versicherten Person zusammengelebt hat (z. B. Mietvertrag, Bescheinigung der Meldebehörde).

(2) Zur Klärung der Leistungspflicht können die Versicherer notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und selbst erforderliche Erhebungen anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

(3) Die Aufnahme jeglicher Erwerbstätigkeit ist den Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

§7 Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Obliegenheiten?

Wird eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist, es sei denn, die Obliegenheit wurde arglistig verletzt. Wenn die versicherte Person eine Mitwirkungspflicht verspätet erfüllt, sind die Versicherer ab Beginn des laufenden Versicherungsmonats wieder zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung von Auskunfts- oder Aufklärungspflichten tritt nur ein, wenn die Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für Arbeitslosigkeit ausgeschlossen?

(1) Arbeitslosigkeit, die aufgrund einer Kündigung innerhalb der Wartezeit im Sinne von A. §1 Absatz 15 eintritt oder die bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestand oder bei der ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits anhängig war, ist nicht versichert.

(2) Außerdem besteht kein Leistungsanspruch, wenn
   1. die Arbeitslosigkeit Folge von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, Unruhen oder Aufständen oder terroristischen Ereignissen ist, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
   2. die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehepartner oder einem Vorfahren, Verwandten oder Nachfahren der versicherten Person oder ihres Ehepartners folgt oder die versicherte Person als Angestellter oder Geschäftsführer einer juristischen Person arbeitslos wird, die von der versicherten Person, ihrem Ehepartner oder einem Vorfahren, Verwandten oder Nachfahren von der versicherten Person oder ihrem Ehepartner kontrolliert oder geleitet wird, es sei denn, die Arbeitslosigkeit ist eine Folge der Liquidation des Unternehmens;
   3. die versicherte Person sich weigert, neue Arbeit zu suchen;
   4. die versicherte Person bei Beginn des Versicherungsschutzes Kenntnis von einer bevorstehenden Kündigung hatte;
   5. die Arbeitslosigkeit durch die versicherte Person verursacht wurde, zum Beispiel durch eigene Kündigung, planmäßigen Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses oder vorsätzliche Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten;
   6. die versicherte Person eine Ruhestands- oder Altersrente bezieht;
   7. die versicherte Person aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit arbeitslos geworden ist, für die der Versicherer seine Leistung bereits abgelehnt hat

(3) Die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes stellt für sich allein keine Arbeitslosigkeit dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Diese Regelung gilt ebenso für Selbstständige.

Teil 3: Unfallinvaliditätsversicherung

§1 Wann liegt Unfallinvalidität im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?

(1) Wann eine Unfallinvalidität der versicherten Person anzunehmen ist, ergibt sich aus der Begriffsbestimmung in A. §1 Absatz 6

(2) Voraussetzung für die Versicherungsleistung ist, dass die Unfallinvalidität im Sinne von Absatz 1
   - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
   - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der versicherten Person geltend gemacht worden ist.

§2 Welche Versicherungsleistung wird bei Unfallinvalidität gezahlt?

Bei Feststellung der Unfallinvalidität der versicherten Person von mindestens 25 % zahlen die Versicherer den Betrag der zum Unfallzeitpunkt bestehenden Kontounterdeckungen der versicherten Person im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Die Höchstversicherungsleistung bei Unfallinvalidität ist auf EUR 8.000,00 beschränkt, auch wenn mehrere Kundenkonten der versicherten Person versichert wurden. Die Versicherung endet mit Zahlung der Versicherungsleistung.

§3 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist den Versicherern unverzüglich nach Feststellung der Unfallinvalidität schriftlich anzuzeigen. Für die Geltendmachung ist der hierfür bestimmte Leistungsantrag, der von den Versicherern bezogen werden kann, zu verwenden.

(2) Werden Leistungen aus der Unfallinvaliditätsversicherung verlangt, sind den Versicherern innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis folgende Unterlagen einzureichen:
   - ein Unfallbericht;
   - ein ärztliches Attest, aus dem sich die Voraussetzungen einer versicherten Unfallinvalidität einschließlich eines Grades der Invalidität von mindestens 25 % ergeben;
   - ggf. eine Kopie des Polizeiberichts bzw. Adresse und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft
   - sofern Leistungen für den Ehegatten oder Lebensgefährten der versicherten Person beansprucht werden, ein geeigneter Nachweis, dass die betroffene Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr mit der versicherten Person zusammengelebt hat (z.B. Mietvertrag, Bescheinigung der Meldebehörde).

(3) Die mit den Nachweisen gemäß vorstehendem Absatz 1 verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht. Zur Klärung der Leistungspflicht können die Versicherer notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen anstellen. Die Kosten für ergänzende medizinische Auskünfte tragen die Versicherer.

(4) Auf Verlangen der Versicherer hin ist die versicherte Person verpflichtet, sich von einem von den Versicherern beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, dann allerdings auf Kosten der Versicherer.

(5) Eine Verringerung des Grades der Unfallinvalidität ist den Versicherern unverzüglich nach Kenntnis mitzuteilen.

§4 Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Obliegenheiten?

Wird eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ist, es sei denn, die Obliegenheit wurde arglistig verletzt. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung von Auskunfts- oder Aufklärungspflichten tritt nur ein, wenn die Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§5 Welche Leistungseinschränkungen gelten für die Unfallinvaliditätsversicherung?

(1) Unfälle und deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe hierzu A. §4) eingetreten sind, sind nicht versichert.

(2) Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Unfallinvalidität, verursacht:
   - durch Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht worden sind;
   - durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
   - durch Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Un-

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

fälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- durch Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- durch Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht wurden.

(3) Kein Leistungsanspruch aus der Unfallinvaliditätsversicherung besteht ferner bei

- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst worden sind.
- Infektionen, welche auch dann ausgeschlossen sind, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Absatz 3 a) Satz 2 entsprechend.
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund;
- Bauch- oder Unterleibsbrüchen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen wirkende Einwirkung entstanden sind.
- Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von A. §1 Absatz 5 die überwiegende Ursache ist.
- krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht waren.

Teil 4: Versicherung gegen schwere Krankheit

§1 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?

Wann eine schwere Krankheit der versicherten Person vorliegt, ergibt sich aus der Begriffsbestimmung in A. §1 Absatz 7. Der Beginn der schweren Krankheit ist der Tag, an dem diese von einem in Deutschland zugelassenen und approbierten Arzt unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung erstmals diagnostiziert worden ist.

§2 Welche Wartezeit ist zu beachten?

Versicherungsschutz im Falle einer schweren Krankheit besteht erst nach Ablauf der Wartezeit von 90 Tagen. Eine schwere Krankheit, die innerhalb dieser Wartezeit eintritt, ist nicht versichert. Auch dann nicht, wenn die schwere Krankheit über die Wartezeit hinweg besteht. Die Wartezeit entfällt, wenn die schwere Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde, der nach Beginn des Versicherungsschutzes passiert ist.

§3 Welche Versicherungsleistung wird bei schwerer Krankheit gezahlt?

Wird bei der versicherten Person während der Dauer der Versicherung eine schwere Krankheit diagnostiziert (Versicherungsfall), zahlen die Versicherer den Betrag der zum Zeitpunkt der Erstdiagnose bestehenden Kontounterdeckungen der versicherten Person im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Die Höchstversicherungsleistung ist auf EUR 8.000,00 beschränkt, auch wenn mehrere Kundenkonten der versicherten Person versichert wurden. Der Versicherungsschutz für diesen Fall der schweren Krankheit endet mit Zahlung der Versicherungsleistung.

§4 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist den Versicherern unverzüglich nach Erstdiagnose der schweren Krankheit schriftlich anzuzeigen. Für die Geltendmachung ist der hierfür bestimmte Leistungsantrag, der von den Versicherern bezogen werden kann, zu verwenden.

(2) Werden Leistungen wegen schwerer Krankheit verlangt, sind den Versicherern unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- Bei Herzinfarkt ein A. §1 Absatz 7 Nr. 1 entsprechender Befund mit folgender Diagnostik: 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 erstellt werden.
- Bei Schlaganfall ist ein A. §1 Absatz 7 Nr. 2 entsprechender fachärztlicher Befund mit bildgebender Diagnostik (z.B. Computertomographie oder Kernspintomographie) einzureichen.
- Bei Krebs ist ein A. §1 Absatz 7 Nr. 3 entsprechender histologischer Befund eines Onkologen oder Pathologen einzureichen.
- Bei Blindheit oder Taubheit (entsprechend der Definition A. §1Absatz 7 Nr. 4. und 5.) ist ein entsprechender Facharztbericht mit Angabe der durchgeführten Diagnostik und des erhobenen Befundes einzureichen.
- Sofern Leistungen für den Ehegatten oder Lebensgefährten der versicherten Person beansprucht werden, ein geeigneter Nachweis, dass die betroffene Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehr als ein Jahr mit der versicherten Person zusammengelebt hat (z. B. Mietvertrag, Bescheinigung der Meldebehörde).

(3) Die mit den Nachweisen gemäß vorstehendem Absätzen1 und 2 verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht. Zur Klärung der Leistungspflicht können die Versicherer notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und selbst erforderliche Erhebungen anstellen. Die Kosten für ergänzende medizinische Auskünfte tragen die Versicherer.

(4) Auf Verlangen der Versicherer hin ist die versicherte Person verpflichtet, sich von einem von den Versicherern beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, dann allerdings auf Kosten der Versicherer.

(5) Eine Verringerung des Grades der Unfallinvalidität ist den Versicherern unverzüglich nach Kenntnis mitzuteilen.

§5 Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Obliegenheiten?

Wird eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist, es sei denn, die Obliegenheit wurde arglistig verletzt. Wenn die versicherte Person eine Mitwirkungspflicht verspätet erfüllt, sind die Versicherer ab Beginn des laufenden Versicherungsmonats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung von Auskunfts- oder Aufklärungspflichten tritt nur ein, wenn die Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für schwere Krankheit ausgeschlossen?

Besteht bei der versicherten Person bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes (siehe hierzu A. §4 eine schwere Krankheit im Sinne von A. §1 Absatz 7 und hat die versicherte Person hiervon Kenntnis, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung für diesen Fall der schweren Krankheit.

Teil 5: Versicherung gegen Arbeitsunfähigkeit

§1 Wozu dient die Arbeitsunfähigkeitsversicherung

Die Arbeitsunfähigkeitsversicherung dient der Absicherung der Verpflichtung der versicherten Person zur Zahlung der monatlichen Raten aus dem Quelle-Kundenkonto für den Fall der Arbeitsunfähigkeit.

§2 Wann liegt eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?

Wann die versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen als arbeitsunfähig gilt, ergibt sich aus der Begriffsbestimmung in A. §1 Absatz 11. Der Versicherungsfall beginnt mit dem ersten Tag der vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit.

§3 Welche Wartezeit ist zu beachten?

Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitsunfähigkeit besteht erst nach Ablauf der Wartezeit von 90 Tagen. Eine Arbeitsunfähigkeit, die innerhalb dieser Wartezeit eintritt, ist nicht versichert. Auch dann nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit über die Wartezeit hinweg besteht. Die Wartezeit entfällt, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht ist, der nach Beginn des Versicherungsschutzes passiert ist.

§4 Welche Versicherungsleistung wird bei Arbeitsunfähigkeit gezahlt?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer der Versicherung gemäß den Kriterien in A . §1 Absatz 11 arbeitsunfähig, zahlen die Versicherer nach Ablauf der Karenzzeit (A. §1 Absatz 14) von 42 Tagen bei weiterhin bestehender Arbeitsunfähigkeit am Fälligkeitstag:

- bei einer am Fälligkeitstag bestehenden Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos von weniger als EUR 1.500,00 den Betrag der bestehenden Kontounterdeckung; der Versicherungsschutz für diesen Fall der Arbeitslosigkeit endet mit Zahlung der Versicherungsleistung;
- bei einer am Fälligkeitstag bestehenden Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos höher als EUR 1.500,00 monatliche Raten von 10 % der bestehenden Kontounterdeckung, höchstens jedoch EUR 750,00 pro Monat. Die Leistungsdauer ist auf höchstens 10 Monate begrenzt (siehe A. §10 Absatz 2).

(2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist gegenüber den Versicherern unverzüglich nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit schriftlich anzuzeigen. Für die Geltendmachung ist der hierfür bestimmte Leistungsantrag, der von den Versicherern bezogen werden kann, zu verwenden. Erfolgt die Anzeige später als 3 Monate nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, beginnt die Leistungspflicht erst mit dem laufenden Monat, in dem die Meldung erfolgt ist, es sei denn, die Verzögerung war nicht durch die versicherte Person zu vertreten.

(3) Der Anspruch auf Zahlung der versicherten Rate des Quelle-Kundenkontos erlischt vorzeitig, wenn:

1. die Arbeitsunfähigkeit endet
2. die versicherte Person unbefristet berufs- oder erwerbsunfähig wird
3. die versicherte Person Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung erhält
4. der Versicherungsschutz aus einem der in A. §5 aufgeführten Gründen endet

§5 Gibt es auch Leistungen bei mehrfacher Arbeitsunfähigkeit?

(1) Wenn während einer bestehenden versicherten Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfall, die eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, eintritt, können die Versicherer mehrfach leisten. Dies gilt nur, wenn es sich um einen neuen Versicherungsfall handelt. Das ist so, wenn die neue Krankheit mit der bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb von 60 Tagen nach Genesung wegen der gleichen Erkrankung oder Unfallfolge erneut arbeitsunfähig, betrachten die Versicherer dies als ein und denselbsen Versicherungsfall. Die bisher geleisteten Zahlungen werden auf den Höchstleistungsanspruch nach A. § 10 Absatz 2 angerechnet. In diesem Fall wird die Karenzzeit gemäß B. Teil 5 §4 Absatz 1 nicht erneut angerechnet.

§6 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

(1) Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, sind den Versicherern unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- ein ärztliches Attest über Beginn und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit Diagnose (auch „gelber Schein“ genannt) sowie
- einen Nachweis über eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (z. B. Kopie der letzten Gehaltsabrechnung) bzw. Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit, dass die versicherte Person arbeitssuchend ist; bei Selbstständigen eine Kopie der Gewerbeanmeldung oder andere Nachweise; sowie
- bei fortlaufender Arbeitsunfähigkeit einen monatlichen Nachweis vom behandelnden Arzt, dass die Arbeitsunfähigkeit weiterhin besteht mit Angabe der Diagnose (Folgenachweis).

(2) Mögliche Kosten für diese Nachweise trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

(3) Die Kosten für ergänzende medizinische Auskünfte trägt der Versicherer.

(4) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von einem durch den Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, falls der Versicherer dazu auffordert. Dann allerdings auf seine Kosten.

(5) Das Ende der Arbeitsunfähigkeit und die Aufnahme jeglicher Erwerbstätigkeit ist den Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

§7 Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Obliegenheiten?

Wird eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, sind die Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist, es sei denn, die Obliegenheit wurde arglistig verletzt. Wenn die versicherte Person eine Mitwirkungspflicht verspätet erfüllt, sind die Versicherer ab Beginn des laufenden Versicherungsmonats wieder zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung von Auskunfts- oder Aufklärungspflichten tritt nur ein, wenn die Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen?

Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Folgendes verursacht wird:

1. durch absichtlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle oder als Folge der Weigerung, sich wegen Krankheiten oder Unfällen behandeln zu lassen;
2. durch vorsätzliche versuchte Selbsttötung im Laufe der ersten zwei Versicherungsjahre. Wenn jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, bleibt der Leistungsanspruch bestehen;
3. durch Folgen eines Bürgerkrieges oder Krieges, eines Aufstands, einer Aufruhr, eines Attentats, einer terroristischen Handlung, sofern Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben;
4. durch eine Sucht (z. B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch), durch Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
5. durch Einwirkung von Kernenergie, sei es mittelbar oder unmittelbar;
6. durch chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden (z. B. Schönheitsoperationen, Brustvergrößerungen, Piercings);
7. wenn die versicherte oder die mitversicherte Person vorsätzlich eine Straftat versuchen oder verüben oder
8. durch Schwangerschaft, Geburt und deren medizinische Folgen während des gesetzlichen Mutterschutzes.

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

Dies gilt sinngemäß auch für Selbstständige und Arbeitssuchende. Ist die versicherte Person bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits arbeitsunfähig, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung für diesen Fall der Arbeitsunfähigkeit.

IV. Informationen über den Vermittler des Flexikonto Zahlschutzes

Quelle GmbH, Bahnhofstr. 10, 96224 Burgkunstadt · Amtsgericht Coburg (HRB 5266). Für das Quelle-Kundenkonto vermittelt die Quelle GmbH ausschließlich den Beitritt zu den bestehenden Rahmenverträgen des Flexikonto Zahlschutzes mit den Versicherern SOGECAP S.A., SOGESSUR S.A. Andere Möglichkeiten der Absicherung von Zahlungsverpflichtungen aus dem Quelle-Kundenkonto vermittelt die Quelle GmbH nicht. Die beiden Versicherer sind zu 100 % Beteiligungsunternehmen der Société Générale. Falls die versicherte Person Anlass zu Beschwerden über Vermittler oder Versicherer haben sollte, kann sie sich für alle an folgende Behörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, oder Marie-Curie-Straße 24-28, 60439 Frankfurt am Main (www.bafin.de). Vertriebsart: Fernabsatz per Post, Internet, ggf. Telefon mit dem Kundencenter.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde*,

mit den oben stehenden Bedingungen informieren wir Sie über die für das Versicherungsverhältnis zwischen der Quelle GmbH als Versicherungsnehmer und den Versicherern geltenden Regelungen. Ihnen als versicherter Person obliegen die sich aus der Versicherteninformation ergebenden Pfl ichten. Auf die Ausschlüsse gem. Teil B der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Teil der Versicherteninformationen sind, weisen wir ganz besonders hin. Grundsätzlich können wir den Beitritt zum Flexikonto Zahlschutz für jeden Kunden mit Quelle-Kundenkonto empfehlen, um den damit geschaffenen Risiken zu begegnen. Bestehende Lebensversicherungen genügen dazu nicht, wenn sie das Quelle-Kundenkonto und die ggf. damit verbundenen Zahlungsverpfl ichtungen nicht ausdrücklich berücksichtigen. Außerdem bieten herkömmliche Lebenversicherungen häufi g keinen Schutz gegen die Risiken über den Todesfall hinaus. Wünschen Sie eine eingehende persönliche Beratung zum Zahlschutz, erreichen Sie uns gerne unter +49 (9572) 38 68 411.

Die Quelle GmbH (im Folgenden Quelle) ist ausschließlich von den Versicherern SOGECAP S.A. und SOGESSUR S.A. damit betraut, Kunden Versicherungsschutz gegen die Risiken der unverschuldeten Arbeitslosigkeit, schwere Krankheit, Unfallinvalidität, Arbeitsunfähigkeit und Tod (Restschuldversicherung) im Zusammenhang mit der Lieferung einer Ware und den daraus resultierenden Zahlungsverpflichtungen gegenüber Quelle zu vermitteln. Den vorgenannten Versicherungsschutz bieten Quelle und die vorgenannten Versicherer unter dem Produktnamen Zahlschutz an.

Weitere Hinweise zum Fernabsatz

Sofern Sie diese Versicherung per Post, Telefon, Fax, über das Internet oder andere elektronische Medien abgeschlossen haben, beachten Sie bitte die folgenden Regelungen gemäß dem Gesetz zum Fernabsatz von Finanzdienstleistungen:

1. Versicherer/Vertrags- und Schadenmanagement/Service

Das Todesfall-, das Unfallinvaliditätsrisiko sowie die Risiken Schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sind durch die **SOGECAP S.A. d'assurance sur la vie et de capitalisation** versichert, das Risiko Arbeitslosigkeit durch die **SOGESSUR S.A.** Sitz beider Gesellschaften: **17 bis, Place des Reflets, Tour D 2,92919 Paris La Défense CEDEX, Frankreich.**

2. Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag

Die versicherte Person tritt dem Versicherungsvertrag bei, indem sie nach Beitrittserklärung im Fernabsatz eine separate Bestätigung über den Beitritt erhält.

3. Preis/Zahlungsweise:

Einzelheiten zum Preis und zur Zahlungsweise sind diesem Dokument beigefügten Bestätigungsschreiben über das Bestehen Ihres Versicherungsschutzes zu entnehmen.

4. Austritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag

Eine Beendigung des Versicherungsschutzes ist gemäß A. § 6 der vorstehenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich.

5. Aufsicht

Die für die Zulassung der Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde ist: L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – (Französische Kontrollkommission der Versicherungen) – 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris, Frankreich.

6. Sprache

Diese Informationen sowie das Merkblatt für Versicherte stehen nur in Deutsch zur Verfügung. Auch jede weitere Korrespondenz und Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsschutzes erfolgt in Deutsch.

V. Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihrer Versicherer

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns, die **SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung** und die **SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung (nachfolgend Société Générale Insurance),** und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung:

SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung
Fuhlsbüttler Str.437 · 22309 Hamburg
Telefon: +49 (40) 646 03-140
Fax: +49 (40) 271 65 61 95
E-Mail-Adresse: vertragsservice@socgen.com

SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Fuhlsbüttler Str.437 · 22309 Hamburg
Telefon: +49 (40) 646 03-140
Fax: +49 (40) 271 65 61 95
E-Mail-Adresse: vertragsservice@socgen.com

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzversicherung@socgen.com

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Erklären Sie Ihren Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben zur Einbeziehung in den Versicherungsschutz und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt das Versicherungsverhältnis zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Beitritt bzw. die Durchführung des Versicherungsverhältnisses ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Gesamtbetrachtung ihrer Kundenbeziehungen mit der Société Générale Insurance, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bitte beachten sie jedoch, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

– zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
– zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir evtl. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsverhältnisses von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertragsverhältnisses benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsverhältnis zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht am Ende dieses Dokumentes entnehmen.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können bei uns als Verantwortlichen unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbei- tung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Den Widerspruch können Sie ebenfalls an uns als Verantwortlichen an die o.g. Adresse richten.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Automatisierte Einzelfallentscheidung

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Versicherungsverhältnis gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir teilweise vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

1) Anlage zu „Externe Dienstleister" und Anlage zu „Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern, die personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen"

Unternehmen / Kategorie	Auftragsgegenstand/Funktion
Vermittler gem. § 34 d GewO	Vermittlung von Versicherungsprodukten
IT-Dienstleister	IT-Betreuung
Gutachter und Sachverständige	Erstellen von medizinischen Gutachten
Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
Bestandsverwaltung und Schadenbearbeitung	Postservice inkl. Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Erstkontakt im Rahmen der Leistungsbearbeitung
Personaldienstleister	Unterstützung bei Personalangelegenheiten
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Steuerberater	Beratung in steuerlichen Angelegenheiten

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.

SG Insurance Deutschland schützt auch Ihre Daten.

VI. Versicherungsausweis

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde*,

mit Ihrem Beitritt als versicherte Person in den Gruppenversicherungsvertrag zum Flexikonto Zahlschutz erhalten Sie Versicherungsschutz bezüglich noch ausstehender Zahlungsverpfl ichtungen aus dem Quelle-Kundenkonto für den Fall Ihres Todes, schwerer Krankheit, Unfallinvalidität, Arbeitsunfähigkeit sowie für den Fall Ihrer Arbeitslosigkeit.

Das Todesfall-, das Unfallinvaliditätsrisiko sowie die Risiken Schwere Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sind durch die **SOGECAP S.A. d'assurance sur la vie et de capitalisation** versichert, das Risiko Arbeitslosigkeit durch die **SOGESSUR S.A.**. Sitz beider Gesellschaften: **17 bis, Place des Reflets, Tour D 2, 92919 Paris La Défense CEDEX, Frankreich.**

Einen gesonderten Versicherungsschein erhalten Sie nicht; an deren Stelle treten die Versicherungsbestätigung, die Versicherteninformation zum Flexikonto Zahlschutz sowie die darin aufgeführten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Versicherungsausweis).

*Es sind stets alle Personengruppen gemeint: w,m,d.