



Versicherteninformation zum Flexikonto Zahlschutz im Quelle-Kundenkonto

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

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

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

*Aktiengesellschaft französischen Rechts

Flexikonto Zahlschutz

Stand 04/2021

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 Zahlungsverpflichtungen aus einem Warenkauf mit Ratenzahlungsvereinbarung im Rahmen des Quelle-Kundenkontos für den Fall Ihres Todes, Ihrer Unfallinvalidität, des Eintritts bestimmter schwerer Krankheiten oder Arbeitslosigkeit. 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 7.500,00.

Bei Arbeitslosigkeit ist versichert:

- ✓ Während Ihrer Arbeitslosigkeit zahlen Ihre Versicherer entweder
 - die am Fälligkeitstag bestehende Kontounterdeckung des Quelle-Kundenkontos, wenn diese unter EUR 1.500,00 liegt **oder**
 - monatliche Raten von 10% der am Fälligkeitstag bestehenden, 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 7.500,00.

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 7.500,00.



Was ist nicht versichert?

Tod:

- ✗ Selbstmord innerhalb der ersten drei 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 Monaten bei demselben Arbeitgeber oder davor mindestens 12 Monate bei demselben Arbeitgeber.
- ✗ Wenn Sie als Selbständiger 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 65 Jahren wird überschritten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

Tod:

- ! Der während der ersten 24 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durch bestimmte Ihnen bekannte ernstliche Erkrankungen oder Unfallfolgen verursacht ist, wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Abgabe Ihrer Beitrittserklärung ärztlich beraten oder behandelt wurden. Welche Unfallfolgen und Erkrankungen dies im Einzelnen sind, entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- ! Durch Unfälle bei der Ausübung von Extremsportarten, der Führung von Luftfahrzeugen oder bei Autorennen.
- ! 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 Unfälle bei der Ausübung von Extremsportarten, der Führung von Luftfahrzeugen oder bei Autorennen.
- ! Durch Infektionen oder Vergiftungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz für Todesfälle, Unfallinvalidität und schwere Krankheiten besteht weltweit.
- ✓ Arbeitslosigkeit ist nicht versichert, wenn Sie sich länger als 3 Monate außerhalb Europas 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. Sowohl Ihre Prämie, als auch die darin enthaltenen Kosten variieren abhängig vom jeweils bestehenden Saldo Ihres Ratenkreditkontos und können deshalb im Vorhinein nicht genau beziffert 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 0,36. Die Abschlusskosten (§2 Abs. 1 Nr. 1 VVG-InfoV) belaufen sich insgesamt auf EUR 9,20, dies entspricht EUR 0,19 pro Monat, und Verwaltungskosten (§2 Abs. 1 Nr. 1 VVG-InfoV) von jährlich EUR 0,34, dies entspricht EUR 0,03 pro Monat, für die Absicherung des Todesfallrisikos einkalkuliert. 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 der Schweigepflichtentbindungserklärung
- 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 das Risiko schwere Krankheit 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 Deutsche Niederlassung (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 98676) und die SOGESSUR Deutsche Niederlassung (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 133782). **Hauptbevollmächtigter für beide deutschen Niederlassungen ist Thierry Thibault. Der Sitz der deutschen Niederlassungen befindet sich in der Bramfelder Chaussee 101, 22177 Hamburg. Unter dieser Anschrift können Sie die Versicherer im Streitfall verklagen.**

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

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 Heilberufes 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.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Société Générale Insurance – soweit es für die 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 Beitrittsklärung 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)***

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.

2. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

1. Als versicherte Person können Sie Ihren Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsausweis, die Versicherteninformation einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie diese Belehrung erhalten haben und
2. eine Woche nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung und nachdem Sie das Produktinformationsblatt gemäß §4 der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß §312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. 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

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich bei Monatsbeiträgen um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Beitrags für jeden Tag, an dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung.

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

II. Einwilligung nach den Datenschutzgesetzen und der 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, Bramfelder Chaussee 101, 22177 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.).

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.

| | |
|---|-----|
| • 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% |
| • 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 Prozent 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%, unterleibt 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 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 Tumorstadium) 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 (Neuaufreten 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 ange dauert 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) Selbständiger

Selbständig 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. Selbständig ist, wer seine Betätigung mit der Absicht betreibt, dauerhaften 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) 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

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 übermitteln. 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 weitergeben.

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.

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 Kaufs 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 liegt 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% |

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.

(11) Arbeitslosigkeit für Selbständige

Als arbeitslos gelten Selbständige, die ihre selbständige Tätigkeit aus wirtschaftlichen Gründen 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.

(12) Karenzzeit

Die Leistungspflicht für Arbeitslosigkeit beginnt erst nach der in B. Teil 2 §4 Absatz 1 definierten Dauer (Karenzzeit). Die Arbeitslosigkeit muss während dieser Zeit ununterbrochen andauert haben. Für die Dauer der Karenzzeit sind weiterhin Versicherungsbeiträge zu entrichten.

(13) Wartezeit

Arbeitslosigkeit, die innerhalb der in B. Teil 2 §3 definierten Dauer nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt, ist nicht versichert (Wartezeit). Für die Dauer der Wartezeit sind weiterhin Versicherungsbeiträge zu entrichten.

§2 Was ist versichert?

- (1) Der Flexikonto Zahlschutz dient der Absicherung der 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 und schwere Krankheit 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 das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- (3) Das Höchsteintrittsalter bei Abgabe der Beitrittserklärung beträgt 69 Jahre. Die Versicherung endet spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. 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 Wartezeiten – 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 – erfolgten Beendigung des Quelle-Kundenkontos bei dem Versicherungsnehmer;
 2. mit dem Tod der versicherten Person;
 3. mit der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages;
 4. mit der Abmeldung der versicherten Person vom Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer;
 5. wenn die maximale Versicherungsleistung gemäß A. §10 erbracht wurde;
 6. in der Arbeitslosigkeitsversicherung 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;
 7. mit dem Tag der Erstdiagnose einer schweren Krankheit, aufgrund derer eine Versicherungsleistung erbracht wird;
 8. 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 ihr 70. Lebensjahr vollendet. Für die Risiken Arbeitslosigkeit und schwere Krankheit endet der Versicherungsschutz am letzten Tag des Monats, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

§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 7.500,00 begrenzt.
- (2) Die monatliche Leistung für ein versichertes Ereignis aufgrund von Arbeitslosigkeit 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 ist 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 höchstgerichtliche 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 vorausgegangene 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) oder der SOGECAP Deutsche Niederlassung, Bramfelder Chaussee 101, 22177 Hamburg (Fax 040/271 65 61 95, E-Mail: vertragsservice@socgen.com), 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 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 Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens 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 Deutsche Niederlassung, Bramfelder Chaussee 101, 22177 Hamburg, Telefon: 040/646-03-140** zu richten. Die SOGECAP 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), 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, Frankreich** oder an die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn** oder **Marie-Curie-Straße 24-28, 60439 Frankfurt/Main (www.bafin.de)** 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.

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 7.500,00 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;
- ein Nachweis über die Todesursache;
- bei Eintritt des Todes innerhalb von 2 Jahren nach Versicherungsbeginn ein ausführliches ärztliches Attest über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode geführt hat;
- bei Eintritt des Todes innerhalb von 2 Jahren nach Versicherungsbeginn eine Bescheinigung der Krankenkasse über die dort gespeicherten ärztlichen Behandlungen ab dem Kalenderjahr vor Versicherungsbeginn; bei Privatversicherten eine Aufstellung der dort eingereichten Kostenbelege für den gleichen Zeitraum mit Diagnose;
- 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 Leistungseinschränkungen gelten für die Todesfallversicherung?

- (1) Zur Vereinfachung des Antragsprozesses führen die Versicherer vor dem Beitritt der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag keine Gesundheitsprüfung durch. Stattdessen gilt:

- a) Die Versicherer sind nicht zur Zahlung verpflichtet bei Tod infolge einer der versicherten Person bei Abgabe ihrer Beitrittserklärung bekannten Erkrankung, derentwegen die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Abgabe ihrer Beitrittserklärung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit einer oder mehrerer der nachstehenden Erkrankungen in ursächlichem Zusammenhang steht:

1. folgende Erkrankungen der Wirbelsäule: krankhafte Veränderungen oder Fehlstellungen der Wirbelsäule, Hexenschuss, Bandscheibenschaden, Trichterbrust, Osteoporose (krankhafte Veränderung der Knochenbeschaffenheit);
2. Eierstock-, Hoden-, Brust-, Darm-, Prostata-, Bauchspeicheldrüsen-, Lymphknoten-, Leber-, Haut-, Nieren-, Magen- und Knochenkrebs, Krebs des Atmungssystems, Hirntumore, Leukämie, bösartige Lymphome, Morbus Hodgkin;
3. folgende Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Bluthochdruck, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankungen, Thrombose, Schlaganfall;
4. Diabetes mellitus Typ I oder II sowie die Folgeerkrankungen diabetische Retinopathie, Neuropathie und Nephropathie;
5. folgende chronische Erkrankungen der Atemwege und der Lunge: COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung), Asthma bronchiale, krankhafte Veränderung des Lungengewebes (Lungenemphysem), Lungenembolie, Schlaf Apnoe;

6. folgende Erkrankungen des Verdauungssystems: Hepatitis (alle Formen), Zirrhosen, Fettleber, Gallensteine, chronische Gallengangsentzündungen, primäre biliäre Zirrhose, Morbus Crohn;
7. Alle Verschleißerkrankungen der Gelenke (Arthrosen) und Gelenkfehlstellungen, wenn deswegen ein chirurgischer Eingriff (auch Gelenkspiegelung) erfolgte, künstliche Gelenke, Reiz- oder Überlastungszustände der Hände und Arme (Tennisarm), Karpaltunnelsyndrom, Fibromyalgie, rheumatoide Polyarthritis, Sarkoidose;
8. Nierenversagen, Nierenschwäche, jegliche Fehlbildungen der Niere und der ableitenden Harnwege;
9. Epilepsie, Morbus Parkinson, Demenzen, angeborene Störungen des Hirns und Rückenmarks, multiple Sklerose;
10. HIV/Aids, Funktionsstörungen des Immunsystems als Folge einer HIV Diagnose;
11. Systemische und lokalisierte Autoimmunerkrankungen.

- b) Weiterhin sind die Versicherer nicht zur Zahlung verpflichtet bei Tod infolge eines Unfalls, dessentwegen die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Abgabe ihrer Beitrittserklärung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit den Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

- c) Absatz 2 bleibt unberührt.

- (2) Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Tod, verursacht:

- a) durch absichtlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle oder als Folge der Weigerung, sich wegen Krankheiten oder Unfällen behandeln zu lassen;
- b) durch Selbsttötung im Laufe der ersten drei 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;
- c) durch Unfälle bei der Führung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) mit oder ohne Motor, Motorsegeln, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- d) durch Folgen eines Bürgerkrieges oder Krieges, eines Aufstands, eines Aufruhrs, Attentats, einer terroristischen Handlung, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- e) durch eine Sucht (z. B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch), durch Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
- f) durch Einwirkung von Kernenergie, sei es mittelbar oder unmittelbar;
- g) durch chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden (z. B. Schönheitsoperationen, Brustvergrößerungen, Piercings);
- h) in Folge einer vorsätzlichen Ausführung oder eines strafbaren Versuchs eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- i) durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Kraftfahrzeuges oder Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen, einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- j) durch psychische Erkrankungen, z. B. depressive Erkrankungen (etwa Depressionen, Dysphymie, Erschöpfungssyndrom), Angsterkrankungen, Neurosen, Schizophrenien, Ess-Störungen, Demenz, psychosomatische Störungen (d. h. Schmerzen oder Krankheitsgefühl ohne erkennbare Ursache); oder
- k) durch Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung von Sportarten mit erhöhtem Unfall- und/oder Verletzungsrisiko (Extremsportarten) erleidet. Zu den genannten Sportarten gehören z. B. Kampfsport, Klettern und Höhlenklettern, Tauchen mit Sauerstoffgerät, Bob- und Rodelsport, Skispringen, Paragliding oder Bungee Jumping. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

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 10 für Arbeitnehmer und A. §1 Absatz 11 für Selbständige.

§3 Welche Wartezeit ist zu beachten?

Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit besteht erst nach Ablauf der Wartezeit von 90 Tagen. 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 10 oder 11 arbeitslos (Versicherungsfall), zahlen die Versicherer zur vereinbarten Fälligkeit nach Ablauf einer Karenzzeit von 90 Tagen bei weiterhin bestehender Arbeitslosigkeit am Fälligkeitstag:

- bei einem 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 einem 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 oder aus der Versicherung gegen schwere Krankheit nach B. Teil 4 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 12 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
- Arbeitsvertrag mit dem letzten Arbeitgeber sowie
- 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:

- Gewerbe- 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 11;
 - bei Gesellschafter-Geschäftsführern 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 13 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;
- (3) Die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes stellt für sich allein keine Arbeitslosigkeit dar. Ein Leistungsanspruch ruht in dieser Zeit. Diese Regelung gilt ebenso für Selbständige.

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 im Unfallzeitpunkt bestehenden Kontounterdeckungen der versicherten Person im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Die Höchstversicherungsleistung bei Unfallinvalidität

ist auf EUR 7.500,00 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 unverzüglich 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 Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit Großbritanien 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 Fahrveranstaltungen 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 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 Erst-

diagnose bestehenden Kontounterdeckungen der versicherten Person im Rahmen des Quelle-Kundenkontos. Die Höchstversicherungsleistung ist auf EUR 7.500,00 beschränkt, auch wenn mehrere Kundenkonten der versicherten Person versichert wurden. Der Versicherungsschutz für diesen Fall der schweren Krankheit endet mit Zahlung der Versicherungsleistung.

§3 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. §1 Absatz 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 beantragt 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 Absätzen 1 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.

§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 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.

§5 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.

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 Pflichten. 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 Zahlungsverpflichtungen nicht ausdrücklich berücksichtigen. Außerdem bieten herkömmliche Lebensversicherungen häufig keinen Schutz gegen die Risiken über den Todesfall hinaus. Wünschen Sie eine eingehende persönliche Beratung zum Zahlenschutz, 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 und Tod (Restschuldenversicherung) 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 Zahlenschutz 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

Dies Todesfall-, das Unfallinvaliditätsrisiko sowie das Risiko schwere Krankheit 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 dem 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 Prudenciel et de Résolution – (Französische Kontrollkommission der Versicherungen) – 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, 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
Bramfelder Chaussee 101 · 22177 Hamburg
Telefon: +49 (40) 646 03-140
Fax: +49 (40) 271 65 61 95
E-Mail-Adresse: vertragservice@socgen.com

SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Bramfelder Chaussee 101 · 22177 Hamburg
Telefon: +49 (40) 646 03-140
Fax: +49 (40) 60 00 96-295
E-Mail-Adresse: vertragservice@socgen.com

Unsere **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 Policing 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 berechnete 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 Versicherungsmisbrauch 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.

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 Verarbeitung 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.

***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 |



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 Zahlenschutz erhalten Sie Versicherungsschutz bezüglich noch ausstehender Zahlungsverpflichtungen aus dem Quelle-Kundenkonto für den Fall Ihres Todes, schwerer Krankheit, Unfallinvalidität sowie für den Fall Ihrer Arbeitslosigkeit.

Das Todesfall-, das Unfallinvaliditätsrisiko sowie das Risiko schwere Krankheit 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 dessen Stelle treten die Versicherungsbestätigung, die Versicherteninformation zum Flexikonto Zahlenschutz sowie die darin aufgeführten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Versicherungsausweis).