

ZAHLUNGSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR KREDITKARTEN

Allgemeine Geschäftsbedingungen zum 01.07.2025

1. EINFÜHRUNG

Mit den folgenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen ("**AGB**") möchten wir, AmTrust International Underwriters DAC (der "**Versicherer**", auch als "**wir**" und "**uns**" bezeichnet) Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen der TF Bank (die "**Bank**" und / oder die "**Versicherungsnehmerin**") und uns als *Versicherer* gelten. Die *Bank* ist die *Versicherungsnehmerin* des mit uns geschlossenen *Gruppenversicherungsvertrags*, der auch für Sie als *versichertes Mitglied* (auch als "**Sie**" bezeichnet) verbindlich ist. Insbesondere bitten wir Sie als *versichertes Mitglied*, die Verpflichtungen, die im *Versicherungsfall* zu erfüllen sind, zu beachten.

Der Gegenstand dieser Versicherung ist die Bereitstellung einer Kreditschutzversicherung für Kreditkarten, welche die *versicherten Mitglieder* mit der *Bank* abschließen. Versicherungsleistungen werden im Falle der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* oder bei *Verlust des Lebens* des *versicherten Mitglieds* durch *Unfall* oder *Krankheit* gemäß den in den AGB festgelegten Bestimmungen gezahlt. Der Umfang der versicherten Summen wird in den AGB angegeben. Die AGB beschreiben auch Ausschlüsse und Haftungsbeschränkungen des *Versicherers*.

2. DEFINITIONEN

Abzugsfähiger Zeitraum: Der *abzugsfähige Zeitraum* meint den Zeitraum nach dem *Ereignisdatum*, in dem der *Versicherungsfall* nicht von dem *Versicherer* entschädigt wird, d.h. die Zeit, die *Sie* abwarten müssen, bevor die Versicherung jegliche Leistungen auszahlt. Der abzugsfähige Zeitraum für Leistungen wegen *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* beträgt 30 Tage. Der abzugsfähige Zeitraum für Leistungen wegen *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit* beträgt 30 Tage. Der *Verlust des Lebens* aufgrund von *Unfall* oder *Krankheit* unterliegt keinem *abzugsfähigen Zeitraum*.

Arbeitslos: Das Arbeitsverhältnis des *versicherten Mitglieds* hat nach Ablauf einer Kündigungsfrist, die mindestens den gesetzlichen Mindestanforderungen entspricht, geendet, und das *versicherte Mitglied* ist beim Österreichischen Arbeitsmarktservice arbeitslos gemeldet und sucht aktiv über den Österreichischen Arbeitsmarktservice nach Arbeit.

Arbeitnehmer/-in: Eine Person, die eine Festanstellung mit Gehalt ausübt und bei einer anderen Person oder in einer Organisation oder einem Unternehmen in Österreich nach österreichischer Gesetzgebung angestellt ist. Ist als Arbeitnehmer/-in anzusehen, es sei denn, diese Person ist selbstständig tätig oder das *versicherte Mitglied* ist in einer Organisation oder einem Unternehmen angestellt, in der / in dem das *versicherte Mitglied* über eine Gesellschaftervereinbarung oder eine ähnliche Vereinbarung die Möglichkeit hat, einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidungen dieser Organisation oder dieses Unternehmens auszuüben.

Beitrag: *Beitrag* meint den monatlichen Betrag, der von dem *versicherten Mitglied* an die *Bank* für den Versicherungsschutz gezahlt wird. Der monatliche *Beitrag* wird auf der Grundlage der *Saldoforderung* auf der Kreditkartenabrechnung, welche der Rechnung vorausgeht, berechnet. Da die *Saldoforderung* auf der Kreditkartenabrechnung monatlich variieren kann, kann sich der monatlich zu zahlende *Beitrag* auch entsprechend ändern. Die *Bank* überweist dann den *Beitrag* an den *Versicherer* als *Versicherungsprämie*.

Benachrichtigungsdatum: Das Datum, an dem der Arbeitgeber das *versicherte Mitglied* über die Kündigung informiert oder an dem das *versicherte Mitglied* eine *schriftliche Kündigung ihres / seines Arbeitsverhältnisses erhält*.

Datum des Versicherungsbeginns: Das Datum, an dem das *versicherte Mitglied* den Versicherungsschein erhalten hat, vorausgesetzt, dass dem *versicherten Mitglied* von der *Bank* eine Kreditkarte ausgestellt wurde.

Ereignisdatum: *Ereignisdatum* ist je nach Art des von Ihnen beanspruchten Versicherungsschutzes das folgende:

- Im Falle von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* – der erste Tag der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, die als solche von einem in Österreich zugelassenen und praktizierenden Arzt bescheinigt wird.
- Im Falle von *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit* – der Tag, an dem *Sie* beim Österreichischen Arbeitsmarktservice als *arbeitslos* registriert werden und Ihnen Arbeitslosengeld vom Österreichischen Arbeitsmarktservice bewilligt wird.
- Bei *Verlust des Lebens* – der Tag, an dem der Tod eintritt.

Gruppenversicherungsvertrag: *Gruppenversicherungsvertrag* meint den Versicherungsvertrag, der zwischen der *Bank* und dem *Versicherer* geschlossen wurde und im Rahmen dessen die *Bank* die *Versicherungsnehmerin* ist und die Kunden der *Bank*, die nach Vereinbarung mit der *Bank* dem *Gruppenversicherungsvertrag* beigetreten sind, die *versicherten Mitglieder* sind.

Leistungsunterbrechung: *Leistungsunterbrechung* bezieht sich auf Situationen, in denen das *versicherte Mitglied* für eine Wiederaufnahme seines / ihres ursprünglichen Anspruchs in Frage kommen kann (siehe Abschnitt 4.1.3 und 4.2.3).

Monatliche Leistung: Monatliche Zahlungen für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* oder Arbeitslosigkeit, die 10% der *Saldoforderung* auf der Kreditkarte zum Ereignisdatum entsprechen (maximal 1.000 EUR je Monat). Der maximale monatliche Leistungszeitraum für einen Versicherungsfall ist auf 12 *monatliche Leistungen* begrenzt. Jegliche Verzugszinsen und Abschlagszahlungen werden von der Summe abgezogen.

Qualifikationszeitraum: Der *Qualifikationszeitraum* ist die Zahl der aufeinanderfolgenden Tage ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* bis zu dem Zeitpunkt, an dem das *versicherte Mitglied* im Rahmen der Versicherung einen Versicherungsanspruch anmelden kann. *Versicherungsfälle*, die sich während des *Qualifikationszeitraums* ereignen, werden nicht von dem *Versicherer* entschädigt. Der *Qualifikationszeitraum* für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* beträgt 30 Tage. Der *Qualifikationszeitraum* für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* beträgt 90 Tage. Der *Verlust des Lebens* aufgrund von Unfall oder Krankheit unterliegt keinem *Qualifikationszeitraum*.

Requalifikationszeitraum: Der *Requalifikationszeitraum* bezieht sich auf den Zeitraum, den das *versicherte Mitglied* abwarten muss, bevor er / sie sich für einen erneuten Anspruch unter dem gleichen Versicherungsschutz qualifizieren kann. Der *Requalifikationszeitraum* für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* und *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* beträgt jeweils 12 Monate (siehe Abschnitt 4.1.3 und 4.2.3.).

Saldoforderung: Der Betrag, außer Verzugszinsen und Abschlagszahlungen, der im Rahmen des Kreditkartenvertrags des *versicherten Mitglieds* am *Ereignisdatum* noch zu zahlen ist. Im Falle von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit* ist die maximale Haftung gemäß diesen AGB auf 12.000 EUR je Versicherungsfall (1.000 EUR je Monat, bis zu 12 Monate) begrenzt. Bei *Verlust des Lebens* ist die maximale Haftung gemäß diesem AGB auf 10.000 EUR je Versicherungsfall begrenzt.

Schriftform: *Schriftform* meint die Korrespondenz in Textform, insbesondere per Brief, Fax oder E-Mail (§ 1b VersVG).

Selbstständige/r: Eine selbstständige Person meint einen Selbstständigen, der die Selbstständigkeit neu als neuer Selbstständiger mit einem freien / reglementierten Gewerbe, als Freiberufler oder als freier Dienstnehmer ausübt.

Unfall: *Unfall* meint ein plötzlich eintretendes, unvorhergesehenes und unfreiwilliges Ereignis, das durch äußere, sichtbare und gewalttätige Geschehnisse verursacht wird und zu einer körperlichen Schädigung des *versicherten Mitglieds* führt.

Unfreiwillige Arbeitslosigkeit: *Unfreiwillige Arbeitslosigkeit* meint eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Entlassung, einen Stellenabbau oder eine dauerhafte Kündigung, die nicht mit dem eigenen Verhalten, Fehlverhalten, der Wahl oder dem Wunsch des *versicherten Mitglieds* in Verbindung steht und zum Datum des Versicherungsbeginns nicht erwartet oder erahnt wurde. Um sich für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* im Rahmen dieser Versicherung zu qualifizieren, muss das *versicherte Mitglied* beim Arbeitsmarktservice registriert sein und eine Zusage für Arbeitslosengeld vom Arbeitsmarktservice erhalten haben (das *Ereignisdatum*). Es ist erforderlich, dass das *versicherte Mitglied* beim Österreichischen Arbeitsmarktservice gemeldet ist und über diesen aktiv nach Arbeit sucht.

Unwiderrufliche Begünstigte: Die *Bank* ist die *Versicherungsnehmerin* des *Gruppenversicherungsvertrags* und die *unwiderrufliche Begünstigte* mit Anspruch auf alle Versicherungsleistungen im Falle eines Versicherungsanspruchs. Jedes Recht zur Bestimmung eines abweichenden Begünstigten ist ausgeschlossen (§ 166 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)).

Verlust des Lebens: *Verlust des Lebens* meint den *Verlust des Lebens* des *versicherten Mitglieds* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit*.

Versicherer: AmTrust International Underwriters DAC, 6–8 College Green, Dublin 2, D02 VP48, Irland (Handelsregisternummer 169384) („AIU“), ist der Versicherer dieser Versicherung. AIU ist von der Central Bank of Ireland zugelassen und beaufsichtigt (Unternehmensreferenznummer C33525). Für diesen Versicherungsvertrag handelt ANV Nordic AB, Linnégatan 14, 114 47 Stockholm, Schweden (Handelsregisternummer 556671 5677) („ANV“), als Managing General Agent (MGA) und Underwriter mit entsprechender Bevollmächtigung durch AIU. ANV unterliegt der Aufsicht der Schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (Identifikationsnummer 46331).

Versichertes Mitglied: Eine Person, die zum Zeitpunkt der Registrierung einen Kreditkartenvertrag mit der *Bank* abgeschlossen hat und die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft gemäß Abschnitt 3 der AGB erfüllt und dem *Gruppenversicherungsvertrag* beigetreten ist.

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

Versicherungsnehmerin: TF Bank (ein zweiter Firmenname von Avara Bank AB (publ)); Reg.-Nr. 556158-1041), P.O. Box 947, Borås, Schweden. Die Versicherungsnehmerin wird in den AGB auch als die Bank bezeichnet.

Versicherungsprämie: *Versicherungsprämie* meint den monatlichen Betrag, der von der *Bank* an den *Versicherer* gezahlt wird. Als *Versicherungsnehmerin* im Rahmen des *Gruppenversicherungsvertrags* ist die *Bank* für die Zahlung der *Versicherungsprämie* an den *Versicherer* verantwortlich. Zur Ermöglichung dieser Zahlung zahlt das *versicherte Mitglied* einen *Beitrag* an die *Bank*.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: *Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* bedeutet eine absolute (100%ige) Abwesenheit von der gewöhnlichen Arbeit während des Versicherungszeitraums als Folge eines *Unfalls* oder einer *Krankheit*, welche das *versicherte Mitglied* an der Wahrnehmung seiner / ihrer bisherigen zugewiesenen Aufgaben und Pflichten

als *Arbeitnehmer* oder der Teilnahme an irgendeiner Arbeitstätigkeit hindert, es sei denn, es handelt sich um eine geringfügige Beschäftigung, was für das *versicherte Mitglied* zu einem absoluten Verlust der Fähigkeit, Einkommen zu erzielen führt. Um sich im Rahmen der Versicherung für die *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* zu qualifizieren, muss die *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* durch einen in Österreich zugelassenen und praktizierenden Arzt festgestellt / bescheinigt werden. Möglicherweise verwenden die staatlichen Sozialversicherungsträger eine andere Definition des Begriffs "vorübergehende Arbeitsunfähigkeit". Für den gemäß den AGB gewährten Versicherungsschutz ist die hier genannte Definition alleine verbindlich.

3. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT

Die Versicherung kann Personen, die zur Zeit der Registrierung einen Kreditkartenvertrag mit der *Bank* abgeschlossen haben, einen Versicherungsschutz bieten, vorausgesetzt, dass die Person zum Datum des Versicherungsbeginns

- a) mindestens 18 Jahre alt, jedoch unter 65 Jahre alt ist und zum Datum des Versicherungsbeginns seinen / ihren ständigen Wohnsitz in Österreich hat;
- b) die Bedingungen, die für den Abschluss der Versicherung erfüllt werden müssen, gelesen und verstanden hat und bestätigt, dass er / sie:
 - ein/e *Arbeitnehmer/in* ist, der/ die mindestens 16 Wochenstunden über einen Zeitraum von mindestens 6 aufeinanderfolgenden Monaten gearbeitet hat;
 - bei guter Gesundheit ist und sich derzeit keinerlei Anzeichen oder Symptomen einer Verletzung oder Krankheit bewusst ist oder hat, die erwartungsgemäß dazu führen könnte, dass die Person krank / arbeitsunfähig wird, bzw. eine Krankheit, die direkt oder indirekt zum Tode führen kann;
 - kein Krankengeld, Leistungen aufgrund einer Arbeitsplatzbeurteilung, Arbeitslosengeld oder Erwerbsunfähigkeitsleistungen bzw. Ersatzleistungen erhalten hat; und
 - keine persönliche Mitteilung über die Arbeitslosigkeit oder eine Kündigung erhalten hat, die berufliche Tätigkeit nicht beendet hat oder Grund haben könnte, einen bevorstehenden Verlust des Arbeitsplatzes / der beruflichen Tätigkeit zu erwarten.

Falls Sie nicht bestätigen können, dass Sie die Bedingungen für die Mitgliedschaft wie oben angegeben erfüllen, können Sie die Versicherung nicht abschließen. Die Abgabe einer falschen Erklärung oder die Auslassung von Tatsachen, welche die Risikobewertung verändern, führen zu einer Annullierung des ausfertigten Vertrags.

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ UND VERSICHERTE SUMME

4.1 Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

4.1.1 Bedingungen für die Entschädigung

Mit den Einschränkungen, die sich aus anderen Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen ergeben, kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Beschreibung in Abschnitt 4.1.2 zahlen, wenn das *versicherte Mitglied* als Folge von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit*, die von einem in Österreich zugelassenen und praktizierenden Arzt festgestellt wird, vollständig (zu 100%) von seiner / ihrer gewöhnlichen Arbeit abwesend ist (das *Ereignisdatum*). Das Recht auf Zahlung im Falle von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* entsteht, nachdem das *versicherte Mitglied* als Folge von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage vollständig abwesend von der Arbeit gewesen ist. In den ersten 30 Tagen nach dem *Ereignisdatum*, in denen das versicherte Mitglied krankgeschrieben ist, wird keine Entschädigung gezahlt (*abzugsfähiger Zeitraum*).

Der *Versicherer* trägt keine Verantwortung für eine Krankheit, deren Symptome sich innerhalb von 30 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* gezeigt haben oder für *Unfälle*, die innerhalb von 30 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* stattfinden (*Qualifikationszeitraum*).

Die Zahlung erfolgt unter der Bedingung des Nachweises der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit*, der von einem in Österreich zugelassenen und praktizierenden Arzt an den *Versicherer* gesandt wird und die Diagnose des *versicherten Mitglieds* enthält, sowie der Bedingung, dass sich das *versicherte Mitglied* für die Dauer der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* in medizinischer Behandlung befindet.

Der *Versicherer* kann verlangen, dass das *versicherte Mitglied* von einem weiteren, unabhängigen Arzt untersucht wird (eine sogenannte 'zweite Meinung'), der in Österreich zugelassen ist und praktiziert und der beurteilen wird, ob das *versicherte Mitglied* als *vorübergehend arbeitsunfähig* gemäß Definition in den AGB einzustufen ist.

4.1.2 Leistung im Falle vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* wird die Entschädigung pro Tag berechnet und sie beträgt 1/30 der *monatlichen Leistung*, die für den Tag vor dem *Ereignisdatum* anwendbar ist. Die Leistung wird monatlich nachträglich für bis zu 12 Monate je *Versicherungsfall* gezahlt, bis die erste der folgenden Bedingungen eintritt:

- das *versicherte Mitglied* kehrt zurück zur Arbeit als Folge der Genesung, oder
- dem *versicherten Mitglied* wurde ein Betrag ausgezahlt, der 12 *monatlichen Leistungen* entspricht.

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

4.1.3 Im Falle von mehrfacher vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Wenn das *versicherte Mitglied* zuvor einen Anspruch für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* angemeldet hat und Leistungen gemäß 4.1.2 erhalten hat, darf das *versicherte Mitglied* innerhalb von 12 Monaten nach dem Datum, an dem der Anspruch rechtskräftig entschieden und die letzte Leistung gezahlt wurde (*Requalifikationszeitraum*) keinen neuen Anspruch für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* anmelden.

Jedoch findet der Requalifikationszeitraum keine Anwendung, wenn das *versicherte Mitglied* zur Arbeit zurückkehrt und dann erneut aufgrund des gleichen Versicherungsfalles vorübergehend arbeitsunfähig wird, vorausgesetzt, dass das *versicherte Mitglied* nicht länger als 180 aufeinanderfolgende Tage gearbeitet hat (eine sogenannte "**Leistungsunterbrechung**"). Bei einer Leistungsunterbrechung kann das *versicherte Mitglied* das Recht auf Wiederaufnahme des ursprünglichen Versicherungsanspruchs haben.

Das *versicherte Mitglied* darf insgesamt drei (3) Leistungsunterbrechungen für den gleichen Versicherungsfall haben. Sobald eine Leistungsunterbrechung endet, wird das Recht auf Entschädigung wieder aufgenommen, und für den verbleibenden Zeitraum erfolgt die Zahlung. Allerdings darf die maximale Leistung für einen Versicherungsfall niemals die Gesamtzahl von 12 *monatlichen Leistungen* übersteigen.

4.1.4 Ausschlüsse

Für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* werden keine Leistungen gezahlt, wenn diese

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

Siehe auch Allgemeine Ausschlüsse in Abschnitt 5 unten.

4.2 Unfreiwillige Arbeitslosigkeit

4.2.1 Bedingungen für die Entschädigung

Mit den Einschränkungen, die sich aus anderen Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen ergeben, kann der *Versicherer* Leistungen gemäß Beschreibung in Abschnitt 4.2.2 zahlen, wenn das *versicherte Mitglied*, das ein *Arbeitnehmer* ist, während der Versicherungslaufzeit für mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage *unfreiwillig arbeitslos* wird. Eine Entschädigung wird rückwirkend nach Ablauf der ersten 30 Tage der *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit*, gerechnet ab dem *Ereignisdatum* (*Wartezeit*), gezahlt.

Der *Versicherer* übernimmt keine Verantwortung für eine *unfreiwillige Arbeitslosigkeit*, die innerhalb von 30 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* eintritt (*Qualifikationszeitraum*). Der *Versicherer* übernimmt auch keine Verantwortung für eine *unfreiwillige Arbeitslosigkeit*, wenn das *Benachrichtigungsdatum* (der Kündigung) innerhalb des Qualifikationszeitraums eintritt.

Zur Ausräumung von Zweifeln sei klargestellt, dass Kurzarbeit (§ 37b Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG)) nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne der AGB gilt.

4.2.2 Arbeitslosengeld

Die Entschädigung wird pro Tag berechnet und sie beträgt 1/30 der *monatlichen Leistung*, berechnet ab dem Tag vor dem *Benachrichtigungsdatum (der Kündigung)*. Die Leistung wird monatlich nachträglich für bis zu 12 Monate je *Versicherungsfall* gezahlt, bis die erste der folgenden Bedingungen eintritt:

- Das *versicherte Mitglied* kehrt zurück zur Arbeit, oder
- Dem *versicherten Mitglied* wurde ein Betrag ausbezahlt, der 12 *monatlichen Leistungen* entspricht.

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

4.2.3 Im Falle von mehrfacher unfreiwilliger Arbeitslosigkeit

Wenn das *versicherte Mitglied* zuvor einen Anspruch für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* angemeldet hat und Leistungen gemäß 4.2.2 erhalten hat, darf das *versicherte Mitglied* keinen neuen Anspruch für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* anmelden, bevor er / sie sich als *Arbeitnehmer* (gemäß Definition in Abschnitt 2) requalifiziert hat und für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate vor dem Versicherungsfall, der zu einem neuen Anspruch führt, eine Festanstellung ausgeübt hat (*Requalifikationszeitraum*).

Jedoch findet der Requalifikationszeitraum keine Anwendung, wenn das *versicherte Mitglied* zur Arbeit zurückkehrt und dann erneut aufgrund des gleichen Versicherungsfalles unfreiwillig arbeitslos wird, vorausgesetzt, dass das *versicherte Mitglied* nicht länger als 180 aufeinanderfolgende Tage gearbeitet hat (eine sogenannte "**Leistungsunterbrechung**"). Bei einer Leistungsunterbrechung kann das *versicherte Mitglied* das Recht auf Wiederaufnahme des ursprünglichen Versicherungsanspruchs haben.

Das *versicherte Mitglied* darf insgesamt drei (3) Leistungsunterbrechungen für den gleichen Versicherungsfall haben. Sobald eine Leistungsunterbrechung endet, wird das Recht auf Entschädigung wieder aufgenommen, und für den verbleibenden Zeitraum erfolgt die Zahlung. Allerdings darf die maximale Leistung für einen Versicherungsfall niemals die Gesamtzahl von 12 *monatlichen Leistungen* übersteigen.

4.2.4 Ausschlüsse

Für *unfreiwillige Arbeitslosigkeit* werden keine Leistungen gezahlt:

- Wenn das *versicherte Mitglied* einen zeitlich befristeten Arbeitsvertrag hatte (z.B. Saisonarbeit, Teilzeitarbeit, zeitweise Beschäftigung oder ähnliche Arbeitsvereinbarungen) oder ohne jegliches vertragliche Gehalt gearbeitet hat (z.B. Wohltätigkeitsarbeit, Volontariat oder ähnliche Vereinbarungen).
- Wenn dem *versicherten Mitglied* kein Arbeitslosengeld vom Österreichischen Arbeitsmarktservice zugesprochen wurde.
- Wenn die Arbeitslosigkeit auf eine freiwillige Aufgabe der Arbeit zurückzuführen ist.
- Wenn die Arbeitslosigkeit darauf zurückzuführen ist, dass das *versicherte Mitglied* an einem Streik oder einer Aussperrung oder einer anderen ungesetzmäßigen Handlung teilgenommen hat.
- Wenn die Kündigung dem *versicherten Mitglied* vor dem *Datum des Versicherungsbeginns* oder im *Qualifikationszeitraum* mitgeteilt wurde, auch wenn das tatsächliche Kündigungsdatum später ist.
- Aufgrund einer Kündigung oder eines Verwaltungsaktes oder eines Prozesses des Arbeitsstellenabbaus im Unternehmen, für den das *versicherte Mitglied* Dienste ausübt, wenn das *versicherte Mitglied* ein Partner oder Anteilseigner des Unternehmens oder ein Mitglied des Direktoriums ist.
- Aufgrund von Arbeitsvertragsaufhebungen.
- Wenn das *versicherte Mitglied* kein *Arbeitnehmer* gemäß Definition in diesen AGB ist.
- Wenn das *versicherte Mitglied* ein(e) *Selbstständiger / Selbstständige* ist.

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

Siehe auch Allgemeine Ausschlüsse in Abschnitt 5 unten.

4.3 Verlust des Lebens

4.3.1 Bedingungen für die Entschädigung

Mit den Einschränkungen, die sich aus anderen Bestimmungen in diesen AGB ergeben, wird der *Versicherer* den Betrag der Saldoforderung gemäß Beschreibung in diesem Abschnitt zahlen, wenn das *versicherte Mitglied* als Folge einer *Krankheit* oder eines *Unfalls*, die sich während des Versicherungszeitraums ereignen, verstirbt.

4.3.2 Leistungen bei Verlust des Lebens

Im Falle des *Verlusts des Lebens* im Versicherungszeitraum zahlt der *Versicherer* die Saldoforderung auf der Kreditkarte.

Die Haftungsgrenze des *Versicherers* liegt bei maximal 10.000 EUR.

4.3.3 Ausschlüsse

Der Versicherer zahlt keine Leistung, wenn der *Verlust des Lebens* durch folgende Ursachen ausgelöst wird:

- Selbstverletzung, Suizid oder versuchter Suizid, wenn der *Versicherungsfall* innerhalb der nächsten 36 Monate nach dem Wirksamwerden der Aufnahme in den *Gruppenversicherungsvertrag* eintritt, es sei denn, es wird bewiesen, dass sich die Tat in einem Zustand von pathologischer psychischer Störung, welche die freie Willensentscheidung ausschließt, ereignet hat; oder
- Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch.

Siehe auch Allgemeine Ausschlüsse in Abschnitt 5.

5. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

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

Der *Versicherer* zahlt außerdem keine Leistungen, die direkt oder indirekt in Verbindung stehen mit:

- Krieg, kriegerischen Handlungen (mit oder ohne Kriegserklärung), Terrorismus, terroristischen Handlungen oder Rebellion, ionisierender Strahlung oder radioaktiver Kontamination durch Atom Müll, der durch die Verbrennung nuklearer Brennstoffe produziert wurde, oder mit radioaktiven, toxischen, explosiven oder anderen gefährlichen Eigenschaften von atomaren Sprengsätzen und / oder Komponenten.
- Schäden, die eine Folge von kriminellen oder illegalen Handlungen des *versicherten Mitglieds* sind.
- Vorfällen, die durch Alkoholmissbrauch, Medikamentenmissbrauch oder Drogenmissbrauch verursacht werden, sobald der Blutalkoholspiegel höher als rechtlich zulässig für den Straßenverkehr und das Bewegen von motorisierten Fahrzeugen ist und wenn Medikamente vorgefunden werden, die von keinem Arzt verschrieben oder verabreicht wurden.
- Verstöße, Fahrlässigkeit oder grobe Fahrlässigkeit.
- den Folgen einer dauerhaften, partiellen oder absoluten Invalidität.

6. BEZIEHUNG ZWISCHEN VERSCHIEDENEN ARTEN VON VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

Die Haftung des *Versicherers* für das *versicherte Mitglied* im Rahmen der in Abschnitt 4.1 und 4.2 beschriebenen Arten von Versicherungsschutz ist begrenzt auf 12 *monatliche Leistungen* je Versicherungsfall. Der maximale Leistungszeitraum für mehrfache Versicherungsfälle ist auf 36 *monatliche Leistungen* während der Versicherungsdauer begrenzt.

7. ZAHLUNG VON LEISTUNGEN

Jede Entschädigung im Rahmen dieser Versicherung ist an die *unwiderrufliche Begünstigte*, d.h. die Bank, zu zahlen, um die monatlichen Zahlungsverpflichtungen des *versicherten Mitglieds* gemäß dem Kreditkartenvertrag (im Falle von *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* oder *unfreiwilliger Arbeitslosigkeit*) abzudecken oder um Ihre *Saldoforderung* (im Falle einer *kritischen Erkrankung* oder bei *Verlust des Lebens*) abzusichern. Der *Versicherer* zahlt keine Beträge, die über die *Saldoforderung* auf dem letzten Kreditkartenauszug vor dem *Ereignisdatum* hinausgehen. Die Wahl eines Begünstigten durch das *versicherte Mitglied* (§ 166 VersVG) ist ausgeschlossen.

Abweichend von § 75 (2) VersVG kann das *versicherte Mitglied* (oder bei *Verlust des Lebens*, die Erben der *versicherten Person*) Ansprüche aus einem *Versicherungsfall* im eigenen Namen vor Gericht auch ohne die Zustimmung der Bank geltend machen, vorausgesetzt, dass mit der Klage eine Zahlung an die *Bank* zugunsten Ihres Kreditkartenkontos erfolgt wird.

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

8. BEITRÄGE UND VERSICHERUNGSPRÄMIEN

8.1 Zahlung von Beiträgen

Der *Beitrag* ist in der monatlichen Kreditkartenrechnung von der *Bank* enthalten und wird entsprechend den vereinbarten Ratenzeiträumen abgebucht. Der *Beitrag* pro Monat wird auf der Grundlage der *Saldoforderung* auf dem Kreditkartenauszug, welcher der Rechnung vorausgeht, berechnet. Da die *Saldoforderung* auf dem Kreditkartenauszug jeden

Monat variieren kann, kann sich der zu zahlende *Beitrag* je Monat auch dementsprechend ändern. Andere Zahlungsmethoden sind ausgeschlossen.

Der *Beitrag* wird als separater Eintrag auf der monatlichen Rechnung von der *Bank* abgebucht. Die *Bank* überweist diesen *Beitrag* dann an den *Versicherer* als *Versicherungsprämie*.

8.2 Ausbleibende Beitragszahlungen

Wenn das *versicherte Mitglied* den Erstbeitrag nicht innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Vertrages nach Aufforderung zur Zahlung zahlt, ist die *Bank* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, solange der *Beitrag* nicht bezahlt ist, es sei denn, das *versicherte Mitglied* ist für die Nichtzahlung nicht verantwortlich. Sollte der Anspruch auf die Versicherungsprämie innerhalb von drei Monaten ab dem Fälligkeitsdatum nicht gerichtlich geltend gemacht wird, so gilt dies als Rücktritt (§ 38 (1) VersVG).

Falls der Erstbeitrag nicht gezahlt worden ist, wenn ein *Versicherungsfall* eintritt und nachdem die Frist von 14 Tagen nach Vertragsabschluss verstrichen ist, ist der *Versicherer* von der Verpflichtung zur Leistungszahlung befreit, es sei denn, das *versicherte Mitglied* ist für die Nichtzahlung nicht verantwortlich (§ 38 (2) VersVG).

Wenn das *versicherte Mitglied* einen Folgebeitrag (d.h. die weiteren *Beiträge*, die auf den Erstbeitrag folgen) nicht zahlt, kann die *Bank* dem *versicherten Mitglied* eine Zahlungsfrist von mindestens 14 Tagen ("Zahlungserinnerung") zusenden (z.B. per E-Mail, Brief, etc.). Wenn der Folgeversicherungsbeitrag nach der in der *Zahlungserinnerung* genannten Frist nicht gezahlt worden ist und ein *Versicherungsfall* eintritt, ist der *Versicherer* nicht verpflichtet, Leistungen zu zahlen, es sei denn, das *versicherte Mitglied* ist für die Nichtzahlung nicht verantwortlich (§ 39 (2) VersVG). Außerdem wird die *Bank*, sofern der Folgeversicherungsbeitrag nach der Frist nicht gezahlt worden ist, den Versicherungsschutz ohne gesonderte Mitteilung kündigen (§ 39 (3) VersVG). Die Versicherung endet dann nach Ablauf der Frist. Die Auswirkungen der Kündigung verlieren ihre Gültigkeit, falls das *versicherte Mitglied* innerhalb von einem Monat ab der Kündigung die Zahlung leistet oder, wenn die Kündigung mit der Frist verbunden war, innerhalb von einem Monat nach Ablauf der Zahlungsfrist, es sei denn, der Versicherungsfall ist bereits eingetreten.

9. LAUFZEIT

Die anfängliche Dauer des Versicherungsschutzes beträgt einen (1) Monat, sofern nicht anders in der *Versicherungsbestätigung* angegeben. Danach verlängert sich der Versicherungsschutz automatisch für jeweils einen (1) Monat, bis zur Kündigung des Vertrags. wird gekündigt.

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

- Zu Beginn des Kalenderjahres (1. Januar), in dem das *versicherte Mitglied* 67 Jahre alt wird.
- Das Datum, an dem der zugrundeliegende Kreditkartenvertrag mit der *Bank* gekündigt wird.
- Das Datum, an dem Sie insgesamt 36 *monatliche Leistungen* während der Versicherungslaufzeit erhalten haben.
- Bei *Verlust des Lebens* des *versicherten Mitglieds*.
- Drei (3) Monate, nachdem Sie Ihren Wohnort oder ständigen Wohnsitz in ein Land außerhalb von Österreich verlegt haben.

Im Falle eines Vorruhestandes oder bei endgültiger Pensionierung des *versicherten Mitglieds* endet die Versicherung vorzeitig. Das *versicherte Mitglied* ist verpflichtet, die *Bank* zu informieren, sollte er / sie in Rente gehen, sodass die *Bank* die Mitgliedschaft des *versicherten Mitglieds* im *Gruppenversicherungsvertrag* kündigen kann.

10. ÄNDERUNGEN

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

Eine Änderung der AGB ist nur zulässig, wenn die Regelungslücke, die sich aus dem Vertrag ergeben hat, nicht durch eine gesetzliche Bestimmung geschlossen werden kann. Die *Bank* und das *versicherte Mitglied* dürfen durch die neue Bestimmung nicht in eine schlechtere Position gebracht werden, als die, in der sie bei der ersetzten Bestimmung wären. Dies gilt besonders für den Umfang des Versicherungsschutzes.

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

11. RÜCKTRITTSRECHT

Sie können für einen Zeitraum von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich vom Vertrag zurücktreten (Brief, Fax, E-Mail).

Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Benachrichtigung an Sie über den Vertragsabschluss (= Senden der *Versicherungsbestätigung*), jedoch nicht bevor Sie die *Versicherungsbestätigung* und die Versicherungsbedingungen, einschließlich der Bestimmungen zur Festlegung oder Änderung der Versicherungsbeiträge und dieser Belehrung zum Rücktrittsrecht, erhalten haben.

Die Rücktrittserklärung muss an die folgende Adresse gesendet werden:

TF Bank
Postfach 0018
2340 Mödling
Österreich
E-Mail: service@tfbank.at

In Zur Einhaltung der Rücktrittsfrist genügt es, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden.

Im Fall eines wirksamen Rücktritts endet der bereits gewährte Versicherungsschutz sowie Ihre zukünftigen Verpflichtungen im Rahmen des Versicherungsvertrags. Falls der *Versicherer* bereits Versicherungsschutz geleistet hat, hat der *Versicherer* ein Anrecht auf die Zahlung eines Versicherungsbeitrags, der dem Zeitraum der Leistung entspricht. Falls Sie bereits Beiträge an die *Bank* gezahlt haben welche diesen Versicherungsbeitrag übersteigen, muss der *Versicherer* sie ohne Abzug zurückzahlen.

Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen (1) Monat, nachdem Sie die *Versicherungsbestätigung*, einschließlich dieser Belehrung zum Rücktrittsrecht, erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung ist so fehlerhaft, dass Ihnen dadurch die Gelegenheit entzogen wird, Ihr Rücktrittsrecht unter den gleichen Bedingungen auszuüben, als seien Sie ordnungsgemäß belehrt worden.

12. KÜNDIGUNG

12.1 Kündigung durch das versicherte Mitglied

Das *versicherte Mitglied* kann seine / ihre Mitgliedschaft im *Gruppenversicherungsvertrag* und damit den Versicherungsschutz jederzeit unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 30 Tagen schriftlich bei der *Bank* kündigen. Bei Kündigung muss das *versicherte Mitglied* den *Beitrag* bis zur nächsten Versicherungsbeitragszahlung bezahlen und ist bis zu diesem Zeitpunkt versichert.

12.2 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

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

13. ÄNDERUNGEN DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ODER DES BEITRAGS

Der *Versicherer* darf die Versicherungsbedingungen und den Beitrag nur ändern, wenn die Änderung für das *versicherte Mitglied* zumutbar ist, insbesondere wenn eine solche Änderung nur gering und objektiv gerechtfertigt ist. Der *Versicherer* benachrichtigt das *versicherte Mitglied* über solche Änderungen schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 60 Tagen vor den entsprechenden Änderungen.

Wenn jedoch ein Teil der Versicherungsbedingungen durch die Entscheidung des höchsten Gerichts oder durch eine rechtskräftige Verwaltungsmaßnahme für ungültig erklärt wird, behält sich der *Versicherer* das Recht vor, die entsprechende Bedingung durch eine neue Klausel zu ersetzen, sofern dies erforderlich ist, damit der Vertrag weiterläuft oder sofern das Auslassen einer neuen Klausel im Vertrag eine ungerechtfertigte Belastung für eine der Parteien, sogar unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Partei, darstellen würde. Eine Abänderung der Bedingungen ist nur gestattet, falls es keine gesetzliche Bestimmung gibt, welche die Lücke im Vertrag füllen kann. Die *Bank* und die versicherte Person dürfen mit der neuen Klausel nicht schlechter gestellt sein, als sie es mit der ersetzten Klausel wären. Dies gilt insbesondere für den Umfang des Versicherungsschutzes. Der *Versicherer* benachrichtigt das *versicherte Mitglied* schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 60 Tagen vor dem Inkrafttreten solcher Änderungen.

14. MELDUNG EINES VERSICHERUNGSANSPRUCHS

14.1 Wie man einen Versicherungsanspruch meldet

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

TF Bank

Postfach 0018

Zahlungsschutzversicherung

2340 Mödling

Österreich

E: restschuldversicherung@tfbank.at

T: + 49 (30) 46690487

14.2 Wann ist der Versicherungsanspruch zu melden?

Der Versicherungsanspruch muss nach Eintritt des Versicherungsfalls so bald wie möglich, jedoch spätestens innerhalb von drei (3) Jahren danach, an den *Versicherer* gemeldet werden (siehe auch Abschnitt 17).

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

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

14.3 Dokumentation im Schadensfall

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

14.3.1 Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

- Eine Kopie des medizinischen Berichts oder ähnlichen Dokuments, der / das von einem in Österreich zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt wurde, mit Angabe der Diagnose und des Datums des Beginns der Krankheit, die zur *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* geführt hat.
- Bescheinigung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung des *versicherten Mitglieds* mit Angabe aller gestellten Diagnosen und Zeiten der *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* seit dem Beginn des Versicherungsschutzes.
- Arbeitsnachweis zum Datum der Anspruchsstellung, falls Sie angestellt sind.
- Im Falle eines Unfalls, Erste-Hilfe-Bericht und / oder vollständiges gerichtliches Verfahren.

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

Das *versicherte Mitglied* kann auch gebeten werden, eine medizinische Untersuchung durch einen anderen Arzt oder medizinischen Spezialisten, dessen Kosten der *Versicherer* übernimmt, durchführen zu lassen und den Befund einzureichen.

Im Falle einer fortdauernden *vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit* muss die fortdauernde *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* jeden Monat an den Schadensregulierer gemeldet werden.

14.3.2 Unfreiwillige Arbeitslosigkeit

- Eine Kopie des Arbeitsvertrags.
- Eine Kopie des Kündigungsschreibens Ihres Arbeitgebers.
- Eine Bescheinigung des Österreichischen Arbeitsmarktservice, in der steht, dass Sie arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld beziehen.

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

Im Falle einer fortgesetzten *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* muss das fortwährende Bestehen der *unfreiwilligen Arbeitslosigkeit* jeden Monat an den Schadensregulierer gemeldet werden.

14.3.3 Verlust des Lebens

- Eine offizielle Sterbeurkunde, also eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung, welche die Todesursache angibt und außerdem, sofern der Tod aufgrund von Krankheit eingetreten ist, Informationen über den Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod des *versicherten Mitglieds* geführt hat, wie z.B. medizinische Berichte.

Es wird darauf hingewiesen, dass der *Versicherer* zusätzliche Dokumente anfordern kann, die nicht in den AGB aufgeführt sind, falls der *Versicherer* solche Dokumente für notwendig erachtet, um den Anspruch zu beurteilen.

14.4 **Verpflichtung zur Zahlung des Beitrags während der Schadensregulierung**

Während der Anspruchsbeurteilung ist das *versicherte Mitglied* verpflichtet, den *Beitrag* solange zu bezahlen, bis der *Versicherer* den Anspruch des *versicherten Mitglieds* anerkannt hat und das *versicherte Mitglied* darüber informiert, dass das *versicherte Mitglied* im Rahmen der Versicherung Versicherungsleistungen erhalten wird.

15. **BESCHWERDEN**

15.1 **Kundenbeschwerden**

Sollten Sie mit unserer ausgeübten Leistung oder Dienstleistung unzufrieden sein oder einer Entscheidung widersprechen wollen, kontaktieren Sie bitte jederzeit unseren Beschwerdebeauftragten unter Verwendung der folgenden Kontaktdaten:

AmTrust International Underwriters DAC
c/o TF Bank
Postfach 0018
2340 Mödling
Österreich
E: beschwerdestelle-rsv@tfbank.at
T: + 49 (30) 46690487

15.2 **Außergerichtliche Schiedsverfahren**

Falls im Einzelfall keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden kann, können Sie als Verbraucher das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kontaktieren.

Die Informationen über die Schlichtungsstelle, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet auf: www.sozialministerium.at.

Die Postanschrift lautet:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Abteilung III/3
Stubenring 1
1010 Wien - Österreich

E-Mail-Adresse: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at

Wenn Sie mit dem Ergebnis der Schlichtung nicht übereinstimmen, haben Sie immer noch die Option, rechtliche Schritte einzuleiten (siehe Abschnitt 17 unten).

16. **VERJÄHRUNGSFRISTEN**

Ansprüche im Rahmen der Versicherung verfallen drei (3) Jahre nach dem Eintritt des Versicherungsfalls. Falls jedoch ein Dritter diesen Anspruch geltend machen kann, beginnt die Verjährungsfrist sobald der Dritte Kenntnis vom Recht auf Entschädigung im Rahmen der Versicherung erlangt. Falls der Dritte keine Kenntnis des Anspruchs erlangt hat, verjährt der Anspruch nach zehn (10) Jahren (§ 12 (1) VersVG).

Wenn dem *Versicherer* der Anspruch mitgeteilt wurde, ist die Frist unterbrochen, bis der *Versicherer* den Anspruchsteller schriftlich über seine Entscheidung informiert hat. Jede Ablehnung eines Anspruchs muss mindestens durch die Angaben relevanter Tatsachen und rechtlicher oder vertraglicher Bestimmungen, auf denen die Ablehnung basiert, gerechtfertigt werden (§ 12 (2) VersVG).

Der *Versicherer* ist von seinen Pflichten befreit, falls der Anspruch nicht innerhalb eines Jahres vor Gericht geltend gemacht wird. Diese zeitliche Frist beginnt nur dann, wenn der *Versicherer* den Anspruch in entsprechender Weise abgelehnt hat und die rechtlichen Folgen, die mit dem Ablauf der zeitlichen Frist zusammenhängen, angegeben hat (§ 12 (3) VersVG).

17. GESETZGEBUNG UND GERICHTSBARKEIT

Der *Gruppenversicherungsvertrag* unterliegt und ist auszulegen gemäß den Gesetzen von Österreich. Falls ein Rechtsstreit aus dem *Gruppenversicherungsvertrag* oder der Versicherungsvermittlung entstehen sollte, ist der Rechtsstreit durch das Bezirksgericht, in dessen Bezirk das *versicherte Mitglied* seinen / ihren ständigen Wohnsitz hat, zu entscheiden. Dieses Bezirksgericht bleibt das zuständige Gericht, auch wenn das *versicherte Mitglied* ihren / seinen Wohnsitz an einen Ort außerhalb Österreichs verlegt hat.

18. STEUERN

Jegliche Erstattungen, die aus dem Versicherungsschutz dieser Versicherung abgeleitet werden, sind gemäß der zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Gesetzgebung zu versteuern.

19. INTERNATIONALE SANKTIONEN

Ungeachtet der Bestimmungen in den AGB hat das *versicherte Mitglied* keinen Anspruch auf die Leistung von Zahlungen:

- Wenn das *versicherte Mitglied* (oder die Erben im Todesfall des *versicherten Mitglieds*) Einwohner eines sanktionierten Landes ist.
- Wenn das *versicherte Mitglied* in den Listen des Office of Foreign Assets Control of the United States of America (OFAC) (Kontrollbehörde des Finanzministeriums der USA), auf der Liste von Specially Designated Nationals (SDN) (US-Embargo-Liste) oder auf der Liste der Specially Designated Sectoral Sanctions (Sanktionsliste) der OFAC oder anderen internationalen oder lokalen Sanktionslisten aufgeführt ist.
- Wenn eine Zahlung in Verbindung mit Dienstleistungen, die in einem sanktionierten Land erbracht wurden, beantragt wird.

In keinem Fall ist der *Versicherer* verpflichtet, Versicherungsschutz zu bieten oder Versicherungsleistungen zu zahlen, falls Sie irgendwelchen in Resolutionen der Vereinten Nationen (UN), von den Vereinigten Staaten, der Europäischen Union (EU) oder anderen entsprechenden Organisationen erlassenen Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen unterliegen könnten.

20. VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN DURCH ANV NORDIC AB

Wenn ANV Nordic AB Ihre personenbezogenen Daten in ihrer Eigenschaft als MGA verarbeitet, ist ANV Nordic AB der Verantwortliche für diese Verarbeitung. Ihre Daten werden für die Verwaltung Ihrer Versicherung, die Berechnung von Prämien, die Bearbeitung von Beschwerden sowie für die erforderliche Durchführung von Analysen und Berechnungen verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt für die Erfüllung von Verträgen, rechtlicher Pflichten und zur Wahrung unseres berechtigten Interesses. In bestimmten Fällen können die Daten auch sensible personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten oder Angaben über die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft enthalten. Wir können Ihre personenbezogenen Daten mit Versicherungsgebern, Unternehmen innerhalb unseres Konzerns, Dienstleistern, Kooperationspartnern und Behörden teilen. Daten können auch außerhalb der EU/des EWR verarbeitet werden, sofern geeignete Schutzmaßnahmen getroffen werden.

Sie haben das Recht, Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Datenübertragbarkeit zu verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen. Sie können auch Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einlegen. Bei Fragen können Sie sich unter dpo@anvnordic.com an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Unsere Datenschutzrichtlinie finden Sie unter www.anvnordic.com. Dort lesen Sie unter anderem, welche Daten wir für welche Zwecke verwenden, an wen wir Ihre Daten weitergeben und welche Rechte Sie haben.

21. VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN DURCH AMTRUST INTERNATIONAL UNDERWRITERS DAC

Wenn Amtrust International Underwriters DAC (AIU) Ihre personenbezogenen Daten in ihrer Eigenschaft als Versicherer verarbeitet, ist Amtrust International Underwriters DAC der Verantwortliche für diese Verarbeitung. Die Verarbeitung kann auch sensible personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten oder Angaben über die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft umfassen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zur Verwaltung Ihrer Versicherung, einschließlich der Berechnung von Prämien, der Bearbeitung und Regulierung von Schadensmeldungen, der Auszahlung von Entschädigungen sowie statistischer Analysen und damit verbundener Bewertungen. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie auf unserer Website: [AIU Privacy Notice | AmTrust International](#). Kontaktieren Sie bei Fragen unseren Datenschutzbeauftragten: DPO.Dublin@amtrustgroup.com.

