Allgemeine Versicherungsbedingungen
Ausgabe 01.06.2022

PlanoProtect
Todesfallversicherung mit periodischen Prämien

Inhalt

Information für den Vorsorge-/Versicherungsnehmer....4

A Allgemeine Bestimmungen....6
- A1 Provisorische Deckung....6
- A2 Umfang der Versicherungsdeckung....6
- A3 Unfallbegriff....8
- A4 Versicherte Leistungen....8
- A5 Überschussbeteiligung....8
- A6 Tarifgarantie....8
- A7 Prämien....8
- A8 Begründung der Ansprüche....9
- A9 Mitteilungen....9
- A10 Versicherungsablauf....9
- A11 Gerichtsstand....10

B Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und Rente bei Erwerbsunfähigkeit....10
- B1 Definition der Arbeitsunfähigkeit....10
- B2 Definition der Erwerbsunfähigkeit....10
- B3 Beginn der Versicherungsleistungen und Wartefrist....11
- B4 Unfähigkeitsgrad und Leistungen....11
- B5 Mitteilungspflicht....11
- B6 Ende des Leistungsanspruchs....11
- B7 Rentenauszahlung....11
- B8 Rentenanpassung....11
- B9 Versicherungsdeckung bei Unfall....11
- B10 Tarifsegmentierung....11
- B11 Tarifanpassung....12

C Freie Vorsorge....12
- C1 Vertragsverhältnis....12
- C2 Begünstigungsklausel....12
- C3 Abtretung und Verpfändung....12
- C4 Umwandlung und Rückkauf....12
- C5 Anwendbares Recht....12

D Gebundene Vorsorge....13
- D1 Vertragsverhältnis....13
- D2 Begünstigungsklausel....13
- D3 Abtretung und Verpfändung....13
- D4 Steuerbescheinigung....13
- D5 Umwandlung und Rückkauf....13
- D6 Anwendbares Recht....13

Information für den Vorsorge-/Versicherungsnehmer

Einführung		Gemäss Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) unterrichtet die nachstehende Information den Vorsorge-/Versicherungsnehmer klar und zusammenfassend über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags.
Informationen für den Vorsorge-/Versicherungsnehmer	**1. Identität des Versicherers**	Beim Versicherer handelt es sich um die VAUDOISE LEBEN, Versicherungs-Gesellschaft AG, nachstehend Gesellschaft genannt. Die Gesellschaft ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht. Ihr Geschäftssitz befindet sich an der Avenue de Cour 41, 1007 Lausanne.
	2. Identität des Vorsorge-/Versicherungsnehmers, der versicherten Person und des Begünstigten	Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer ist die natürliche Person, die für sich Versicherungsschutz sucht und hierfür einen Versicherungsvertrag bei der Gesellschaft abschliesst und sich so zur Zahlung der Prämien verpflichtet. Die versicherte Person ist die natürliche Person, deren Leben oder Gesundheit versichert ist. Der Begünstigte ist diejenige natürliche oder juristische Person, die der Vorsorge-/Versicherungsnehmer im Versicherungsfall als anspruchsberechtigt für Leistungen aus dem Versicherungsvertrag bezeichnet hat. Allein der Vorsorge-/Versicherungsnehmer ist befugt, einen Dritten als Begünstigter für die ausbezahlten Leistungen im Todesfall oder bei Erwerbsunfähigkeit zu bezeichnen. Bei Eintritt des Versicherungsfalls erwirbt der Begünstigte in der Regel ein eigenes Recht auf den teilweise oder ganz zugewiesenen Versicherungsanspruch.
	3. Rechte und Pflichten der Parteien	Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Antrag, der Police, den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus den gültigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere aus dem VVG. Nach Annahme des Antrags wird dem Vorsorge-/Versicherungsnehmer eine Police zugestellt. Diese entspricht inhaltlich dem Antrag.
	4. Versicherte Risiken	Die Todesfallrisikoversicherung ist eine Personenversicherung, welche die natürlichen Personen gegen Tod, oder sogar Invalidität infolge Krankheit und Unfall versichert. Sie garantiert Leistungen - Kapital, Rente, Prämienbefreiung - im Todesfall oder bei Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person. Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer kann eine Versicherungsdeckung mit der Gesellschaft gegen folgende Risiken abschliessen: • Der Todesfall: Im Todesfall der versicherten Person während der Vertragsdauer zahlt die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten das versicherte Kapital oder die versicherte Hinterlassenenrente aus. • Die Erwerbsunfähigkeit: Bei Erwerbsunfähigkeit zahlt die Gesellschaft der versicherten Person ab Ablauf der vertraglichen Wartefrist eine Rente aus. Der Betrag der Rente wird in der Versicherungspolice festgelegt und hängt vom Grad der Erwerbsunfähigkeit und dem wirtschaftlichen Schaden der versicherten Person ab. • Die Arbeitsunfähigkeit: Bei Arbeitsunfähigkeit wird der Vorsorge-/Versicherungsnehmer je nach Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ganz oder teilweise von der Prämienzahlungspflicht befreit.
	5. Versicherungsschutz und Prämienhöhe	Der Antrag, die Versicherungspolice und die allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten nähere Angaben über die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, allfällige Gebühren (Stempelabgabe) sowie alle Angaben zur Prämie. Die Prämienhöhe hängt von den versicherten Risiken und des gewünschten Versicherungsschutzes ab.

6. Abschluss des Versicherungsvertrags

Der Vertrag gilt als abgeschlossen, sobald die Gesellschaft den Antrag schriftlich angenommen oder dem Vorsorge-/Versicherungsnehmer die Versicherungspolice zugestellt hat. Tritt dieser schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung des Antrags (bzw. vier Wochen, wenn eine ärztliche Untersuchung gefordert wurde) oder 14 Tage nach Abschluss des Vertrags vom Vertrag zurück, dann ist er von jeglichen Pflichten gegenüber der Gesellschaft befreit. Die Widerrufsfrist ist eingehalten, wenn der Widerruf spätestens am letzten Tag der Frist versendet wird. Bei besonderen Abklärungen für den Vertragsabschluss kann die Gesellschaft die Erstattung der entstandenen Kosten verlangen.

7. Pflichten des Vorsorge-/Versicherungsnehmers

Die nachfolgende Auflistung enthält die gebräuchlichsten Pflichten des Vorsorge-/Versicherungsnehmers:

- Zahlung der im Antrag bzw. in der Versicherungspolice vereinbarten Prämie.
- Veränderung des Risikos: Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer muss die Gesellschaft unverzüglich schriftlich in Kenntnis setzen, sollte sich zwischen der Unterzeichnung des Versicherungsantrags und der Annahme durch die Gesellschaft eine für die Beurteilung des Risikos erhebliche Tatsache ändern.
- Sachverhaltsermittlung. Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer muss mitwirken:
    - bei Abklärungen betreffend den Versicherungsvertrag, insbesondere im Falle von Anzeigepflichtverletzungen, Gefahrserhöhungen, Leistungsprüfungen usw.
    - bei der Erbringung des Schadennachweises. Er hat der Gesellschaft alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen vorzulegen, diese bei Dritten zuhanden der Gesellschaft einzuholen und Dritte schriftlich zu ermächtigen, der Gesellschaft die entsprechenden Informationen, Unterlagen usw. herauszugeben.
    - beim Eintritt des Versicherungsfalls: Das Ereignis ist gemäss den allgemeinen Versicherungsbedingungen zu melden.

Weitere Pflichten ergeben sich aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8. Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherung beginnt am Tag, der im Antrag bzw. in der Police aufgeführt ist. Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine provisorische Deckungszusage gewährt, übernimmt die Gesellschaft die Versicherungsdeckung im Umfang der schriftlich gewährten provisorischen Deckungszusage oder gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

9. Vertragskündigung durch den Vorsorge-/Versicherungsnehmer

Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen. Der Vertrag kann auf ein beliebiges Datum gekündigt werden, jedoch frühestens auf das Empfangsdatum der schriftlichen Kündigung am Geschäftssitz der Gesellschaft.

10. Vertragskündigung durch die Gesellschaft

Die Gesellschaft kann den Vertrag in folgenden Fällen schriftlich kündigen:

- Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 6 VVG (unrichtiges Mitteilen oder Verschweigen einer erheblichen Gefahrstatsache, die der Vorsorge-/Versicherungsnehmer kannte oder kennen musste). Die Kündigung wird mit Zugang beim Vorsorge-/Versicherungsnehmer wirksam.
- Falls die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der in Art. 20 VVG festgesetzten Frist rechtlich eingefordert wird, so wird gemäss Art. 21 VVG angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrage zurücktritt.
- Im Falle einer betrügerischen Begründung des Versicherungsanspruchs oder eines Versicherungsbetrugs gemäss Art. 40 VVG.

Dies sind nur die gebräuchlichsten Kündigungsmöglichkeiten für die Gesellschaft. Weitere Fälle ergeben sich aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen.

	11. Überschussbeteiligungen	Überschüsse sind nicht garantierte Leistungen, die von der Gesellschaft jedes Jahr in Form von Überschussbeteiligungen gewährt werden. Sie entstehen, wenn die Entwicklung der gedeckten Risiken und der Kosten vorteilhafter ist, als die Annahmen für die Prämienberechnung vermuten liessen.
	12. Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen	Die Versicherungsdeckung entfällt, soweit und solange anwendbare gesetzliche Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen der Leistung aus dem Vertrag entgegenstehen.
	13. Datenbearbeitung	Die Informationen zum Datenschutz und zur Bearbeitung der persönlichen Angaben sind auf der Website der Vaudoise zu finden: www.vaudoise.ch/de/data. Diese Informationen können zeitweise je nach Entwicklungen in diesem Bereich aktualisiert werden. Nur die neuste Version dieser Informationen, veröffentlicht auf dieser Webseite, ist massgeblich. Ein Exemplar in Papierform der neusten Version dieser Informationen kann beim Vaudoise Berater bezogen werden.
	14. Rechtliche Bestimmungen	Ist ein Punkt nicht ausdrücklich in der Police, in den allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in den besonderen Versicherungsbestimmungen geregelt, so wird die schweizerische Gesetzgebung angewendet, insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

A Allgemeine Bestimmungen

A1 Provisorische Deckung		Die Gesellschaft gewährt provisorische Deckung für höchstens 3 Monate ab Empfang des unterzeichneten Versicherungsantrags am Geschäftssitz der Gesellschaft. Die provisorische Deckung erstreckt sich auf die gesamten beantragten versicherten Leistungen, höchstens jedoch auf CHF 200'000.–. Die Gesellschaft kann diese provisorische Deckung jedoch jederzeit unterbrechen, falls kein Schadenereignis eingetreten ist. Keine provisorische Deckung wird gewährt, wenn der Versicherungsantrag eine Änderung einer beantragten oder bereits versicherten Leistung vorsieht. Sobald der Vorsorge-/Versicherungsnehmer die Versicherungspolice erhält, wird aus der provisorischen eine endgültige Deckung. Ist ein versichertes Ereignis auf die Folgen einer Krankheit, eines Gebrechens oder eines Unfalls, die schon vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestanden haben, zurückzuführen, sind keine Leistungen geschuldet. Sobald die im Versicherungsantrag vorgesehenen Leistungen ausgerichtet sind, höchstens jedoch CHF 200'000.-, erlischt die Versicherung. Die geschuldete Prämie wird vom vorgesehenen Versicherungsbeginn an berechnet und von den ausbezahlten Leistungen abgezogen.
A2 Umfang der Versicherungsdeckung	**1. Weltweite Abdeckung**	Die Versicherung gilt ungeachtet der vorhandenen Gefahren weltweit, sofern die Versicherungspolice keine abweichende Vereinbarung enthält. Jedoch werden Versicherungsdeckungen bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit: • mit sofortiger Wirkung unterbrochen, wenn sich die versicherte Person in einem Land befindet, in dem Krieg oder Guerilla-Krieg herrscht, oder in dem Aufstände stattfinden; oder • automatisch nach Ablauf von 12 Monaten beendet, wenn sich die versicherte Person länger als 12 Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Allfällige laufende Leistungen werden noch während höchstens 3 zusätzlichen Monaten ab dem Zeitpunkt des Erlöschens der Versicherungsdeckung ausgerichtet.

2. Grobfahrlässigkeit

Die Gesellschaft verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, die Leistungen zu kürzen, wenn das versicherte Ereignis auf eine Grobfahrlässigkeit der versicherten Person oder des Begünstigten zurückzuführen ist.

3. Selbstmord und Selbstmordversuch

Bei Todesfall infolge Selbstmord, innerhalb der ersten 3 Jahre nach Vertragsabschluss oder Wiederinkraftsetzung, erstattet die Gesellschaft die bezahlten Prämien zurück. Nach dieser dreijährigen Frist zahlt die Gesellschaft die Leistungen voll aus.

Werden die versicherten Leistungen erhöht, so gilt für die Erhöhung eine neue Frist von drei Jahren.

Entsteht die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aufgrund eines Selbstmordversuchs, sind keine Leistungen geschuldet.

4. Bereits bestehende Gesundheitsschädigung

Wirkt sich eine Gesundheitsschädigung, die bereits vor Beginn der Versicherung bestanden hat, auf die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus, so wird die Leistung im Verhältnis zum Grad der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, welche ohne diese Gesundheitsschädigung bestehen würde, ausbezahlt.

5. Schlägereien und Raufhändel

Die Gesellschaft gewährt keine Leistungen, wenn die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit auf Schlägereien, Raufhändel oder Unruhen aller Art zurückzuführen ist, ausser der Vorsorge-/Versicherungsnehmer könne nachweisen, dass die versicherte Person sich dabei nicht aktiv oder als Aufwiegler auf der Seite der Unruhestifter beteiligt hat.

6. Militärdienst und Krieg

Für alle in der Schweiz tätigen Lebensversicherungsgesellschaften gelten die nachfolgenden, von der schweizerischen Aufsichtsbehörde erlassenen Bestimmungen.

Aktiver Dienst zum Schutz der schweizerischen Neutralität sowie zur Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im Innern gilt - sofern sich dabei keine kriegerischen Handlungen ereignen - als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ohne weiteres gedeckt.

Führt die Schweiz einen Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen, so wird vom Kriegsbeginn an ein einmaliger Kriegs-Umlagebeitrag geschuldet, der ein Jahr nach Kriegsschluss fällig wird. Ob die versicherte Person am Krieg teilnimmt oder nicht und ob er sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält, ist unerheblich.

Der Kriegs-Umlagebeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar und unmittelbar verursachten Schäden, soweit sie Versicherungen betreffen, für welche diese Bedingungen gelten. Die Feststellung dieser Kriegsschäden und der verfügbaren Deckungsmittel sowie die Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages und dessen Tilgungsmöglichkeiten - gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen - erfolgen durch die Gesellschaft im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde.

Werden vor der Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages Leistungen aus der Versicherung fällig, so ist die Gesellschaft befugt, für einen angemessenen Teil die Zahlung bis ein Jahr nach Kriegsschluss aufzuschieben. Der aufzuschiebende Teil der Leistungen und der Zinsfuss, zu welchem dieser Teil zu verzinsen ist, werden durch die Gesellschaft im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt.

Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss im Sinne obenstehender Bestimmungen zu gelten haben, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt.

Nimmt die versicherte Person an einem Krieg oder kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist, und stirbt die versicherte Person während eines solchen Krieges oder binnen sechs Monaten nach Friedensschluss bzw. nach Beendigung der Feindseligkeiten, so schuldet die Gesellschaft das auf den Todestag

		berechnete Deckungskapital, jedoch höchstens die für den Todesfall versicherte Leistung. Sind Überlebensrenten versichert, so treten an Stelle des Deckungskapitals die Renten, welche dem auf den Todestag berechneten Deckungskapital entsprechen, höchstens jedoch die versicherten Renten. Die Gesellschaft behält sich vor, die Bestimmungen dieses Artikels im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde auch mit Wirkung für diese Versicherung abzuändern. Ausserdem bleiben gesetzliche und behördliche, im Zusammenhang mit einem Krieg erlassene Massnahmen, insbesondere solche über den Rückkauf der Versicherung, ausdrücklich vorbehalten.
	7. Schwanger-schaft und Geburt	Schwangerschaften und Geburten ohne Komplikationen geben keinen Anspruch auf Leistungen. Hingegen werden Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen einer Krankheit gleichgestellt und als solche entschädigt. Die Deckung wird in jedem Fall nur gewährt, wenn diese Versicherung bei Beginn der Schwangerschaft für die versicherten Leistungen in Kraft war.
	8. Freiheits-strafe	Im Fall einer unbedingten Freiheitsstrafe zahlt die Gesellschaft keine Leistungen bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus.
A3 Unfallbegriff		Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Folgende Ereignisse gelten ebenfalls als Unfälle: • unfreiwilliges Ertrinken; • plötzliche und unvorhersehbare Verbrennungen; • Ersticken oder Vergiftung durch unfreiwilliges Einatmen von plötzlich und in unvorhersehbarer Weise ausströmenden Gasen oder Dämpfen; • Vergiftungen oder Verbrennungen infolge irrtümlicher Einnahme von giftigen oder ätzenden Stoffen. Das Todesfallkapital infolge Unfalls wird auch dann ausbezahlt, wenn der Tod innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall eintritt und auf die Unfallfolgen zurückzuführen ist, auch nach Ablauf der Versicherungsdeckung, wenn sich der Unfall ereignet hat, während diese noch in Kraft war.
A4 Versicherte Leistungen		Die versicherten Leistungen sind in der Versicherungspolice aufgeführt. Die im Todesfall versicherten Leistungen sowie die Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit sind als Summenversicherung betrachtet. Die Renten bei Erwerbsunfähigkeit sind ihrerseits als Schadenversicherung betrachtet.
A5 Überschuss-beteiligung		Die Versicherung nimmt ab Beginn des ersten Versicherungsjahres am Überschuss der Gesellschaft teil. Die Zuweisungen erfolgen jährlich. Die zugewiesenen Überschüsse werden zur Reduzierung der Versicherungsprämie verwendet. Die Versicherung ist auch am Überschuss der Gesellschaft beteiligt, wenn sie von der Prämienzahlung befreit ist infolge Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person.
A6 Tarifgarantie		Die Prämien für die Leistungen im Todesfall sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert.
A7 Prämien	**1. Prämienzah-lung**	Die Prämien sind jährlich vorschüssig an den in der Versicherungspolice angegebenen Fälligkeitsdaten zahlbar. Bei entsprechender Vereinbarung können die Prämien halbjährlich oder vierteljährlich bezahlt werden. Die erste Prämie ist nach Erhalt der entsprechenden Prämienrechnung zu zahlen. Für die folgenden Prämien wird eine Zahlungsfrist von 30 Tagen ab dem auf der Prämienrechnung angegebenen Fälligkeitsdatum gewährt.

	2. Mahnung	Die Prämie ist innert 30 Tagen ab dem auf der Prämienrechnung angegebenen Fälligkeitsdatum zu bezahlen. Andernfalls wird der Vorsorge-/Versicherungsnehmer unter Verweis auf die Verzugsfolgen auf seine Kosten schriftlich gemahnt, die Zahlung innert 14 Tagen nach Mahnungsversand vorzunehmen.
	3. Änderung des Prämienzahlungsrhythmus	Am Stichtag des Versicherungsvertrages kann der Prämienzahlungsrhythmus der künftigen Prämien geändert werden. Das Gesuch muss der Gesellschaft mindestens sechs Wochen vor dem Stichtag des Versicherungsvertrages zugestellt werden. Sie wird berücksichtigt, sofern sämtliche fakturierten Prämien beglichen sind.
	4. Im Todesfall	Bei Tod der versicherten Person erstattet die Gesellschaft den ab dem ersten Tag des auf den Tod folgenden Monats bereits bezahlten, nicht verbrauchten Anteil der periodischen Prämien zurück.
	5. Prämiendepotkonto	Auf Anfrage kann ein unwiderrufliches Prämiendepotkonto eröffnet werden. Für Prämiendepotkontos gilt ein besonderes Reglement.
A8 Begründung der Ansprüche		Im Todesfall muss der Begünstigte die Gesellschaft sofort benachrichtigen. Ausserdem muss er ihr einen amtlichen Todesschein, einen ärztlichen Bericht über die Todesursachen und die vollständige Versicherungspolice zustellen. Sofern es die Gesellschaft als nötig erachtet, kann sie weitere Auskünfte verlangen oder einholen. Bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit muss der Vorsorge-/Versicherungsnehmer die Gesellschaft spätestens bei Ablauf der Wartefrist über die Unfähigkeit informieren. Wird ihr der Eintritt der Unfähigkeit mehr als 6 Monate nach Ablauf der Wartefrist gemeldet, so können die Leistungen erst vom Zeitpunkt der Meldung an ausgerichtet werden. Während der Abklärungen, auf welche Leistungen bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ein Anrecht besteht, sind die Prämien ganz geschuldet. Wird ein Anrecht auf Leistungen bei Arbeits- und/oder Erwerbsunfähigkeit festgestellt, erstattet die Gesellschaft die zuviel bezahlten Prämien. Die Gesellschaft kann weitere Auskünfte verlangen oder die versicherte Person durch Ärzte ihrer Wahl untersuchen lassen. Bei Änderung oder Aufhebung ist der Vorsorge-/Versicherungsnehmer oder Begünstigter verpflichtet, der Gesellschaft die Original-Versicherungspolice zu übergeben, wenn der Vertrag verpfändet ist oder eine unwiderrufliche Begünstigungsklausel enthält und eine Leistung ausgezahlt wird. Die Gesellschaft behält sich jedoch das Recht vor, in bestimmten Sonderfällen die Rückgabe der Original-Versicherungspolice zu verlangen.
A9 Mitteilungen		Alle Mitteilungen müssen schriftlich erfolgen und sind erst nach deren Eingang am Geschäftssitz der Gesellschaft rechtsgültig. Mitteilungen an Agenten, Vermittler oder Dritte zu Handen der Gesellschaft werden nur dann als rechtsgültig betrachtet, wenn sie am Geschäftssitz der Gesellschaft eingehen. Mitteilungen der Gesellschaft gelten als rechtsgültig zugestellt, wenn sie an die ihr zuletzt bekannte Adresse in der Schweiz gerichtet sind. Vorsorge-/Versicherungsnehmer und Drittpersonen, die ihren Wohnsitz nicht in der Schweiz haben, müssen in der Schweiz einen gesetzlichen Vertreter bestimmen, an den die Mitteilungen rechtsgültig gerichtet werden können. Andernfalls kann die Gesellschaft ihre Mitteilungen ebenfalls an eine ihr bekannte ausländische Adresse senden. In diesem Fall betrachtet die Gesellschaft die Mitteilungen ab Versanddatum als rechtsgültig zugestellt.
A10 Versicherungsablauf		Die in der Versicherungspolice aufgeführten versicherten Leistungen laufen um 24 Uhr, Schweizer Zeit, an dem als Ablaufdatum festgesetzten Tag ab.

A11 Gerichtsstand		Als Gerichtsstand gilt der Geschäftssitz der Gesellschaft, der Schweizer Wohnsitz des Vorsorge-/Versicherungsnehmers oder der begünstigten Person.

B Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und Rente bei Erwerbsunfähigkeit

B1 Definition der Arbeitsunfähigkeit		Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall und auf der Basis medizinisch objektiv feststellbarer Anzeichen ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben (ohne Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage). Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie der Lebensstellung, der Fähigkeiten sowie den Kenntnissen der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.
B2 Definition der Erwerbsunfähigkeit	**1. Begriffserklärungen**	Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall und auf der Basis medizinisch objektiv feststellbarer Anzeichen ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben (ohne Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage) und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall erleidet. Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie der Lebensstellung, der Fähigkeiten sowie den Kenntnissen der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen. Die Bemessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit erfolgt wie folgt: das steuerpflichtige Erwerbseinkommen aus einer oder mehreren, vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung ausgeübten Erwerbstätigkeiten, der dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit vorangehenden drei vollen Kalenderjahre, wird mit dem Erwerbseinkommen verglichen, das die versicherte Person nach Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt oder bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Die in Prozent des Einkommens ohne Gesundheitsschädigung ausgedrückte Differenz ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit. Die Summe aller bei Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität versicherter Leistungen (sämtlicher schweizerischer und ausländischer Sozial- und Privatversicherungen) darf zusammen mit dem noch erzielten Einkommen nicht höher sein als das Einkommen vor der Erwerbsunfähigkeit. Zur Vermeidung einer Überentschädigung interveniert die Gesellschaft ergänzend zu den angefügten Leistungen.
	2. Versicherte Person ohne Erwerbseinkommen	Ist die versicherte Person nicht erwerbstätig, so wird für die Bemessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit auf den effektiven finanziellen Schaden abgestellt, den die Einschränkung in ihrem gewohnten Tätigkeits- und Aufgabenbereich bewirkt. Es werden nur die zusätzlichen Ausgaben berücksichtigt, die nicht von anderen Sozial- oder Privatversicherern gedeckt sind und die in direkten Zusammenhang mit der Gesundheitsschädigung gebracht werden können. Ungeachtet dessen entspricht die Rente bei Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person ohne Erwerbseinkommen, die für die Betreuung minderjähriger Kinder verantwortlich ist, dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.
	3. Versicherte Person in Ausbildung	Für versicherte Personen, die sich in einer Ausbildung befinden, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit wie folgt berechnet: das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person bei vollständiger Erwerbsfähigkeit am Ende der laufenden Ausbildung hätte erzielen können, wird mit jenem verglichen, das sie noch nach Ablauf der Wartefrist erzielt oder bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage und nach Absolvierung einer ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessene Ersatzausbildung hätte erzielen können. Die Gesellschaft ist berechtigt, für die hypothetischen Berechnungen auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik zurückzugreifen.

B3 Beginn der Versicherungsleistungen und Wartefrist

Die Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und/oder das Entrichten einer Rente bei Erwerbsunfähigkeit wird ab Ablauf der in der Police festgelegten Wartefristen vorgenommen.

Für die Berechnung der Wartefrist werden Perioden der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus gleicher Ursache zusammengezählt, sofern die versicherte Person nicht mehr als ein Jahr ununterbrochen arbeits- bzw. erwerbsfähig war.

Ein erneutes Auftreten einer Unfähigkeit aus gleicher Ursache gilt als neues Ereignis mit neuer Wartefrist, wenn die versicherte Person vor diesem Ereignis während mehr als einem Jahr ununterbrochen arbeits- bzw. erwerbsfähig war. Bei erneutem Auftreten vor Ablauf eines ganzen Jahres und sind bereits Leistungen fällig, werden diese ohne neue Wartefrist erbracht.

Der Unfähigkeitsgrad aus verschiedenen Ursachen wird nicht kumuliert und kann 100% nicht übersteigen. Bei Erhöhung des Unfähigkeitsgrades aufgrund einer neuen Ursache gibt es für die Erhöhung eine neue Wartefrist.

B4 Unfähigkeitsgrad und Leistungen

Bei einem Unfähigkeitsgrad von mindestens 70% bezahlt die Gesellschaft die versicherten Leistungen ganz aus.

Bei einem Unfähigkeitsgrad zwischen 25% und 69% bezahlt die Gesellschaft die versicherten Leistungen im Verhältnis zum Unfähigkeitsgrad aus.

Ein Unfähigkeitsgrad von weniger als 25% gibt weder Anspruch auf Auszahlung der versicherten Leistungen noch auf Prämienbefreiung.

B5 Mitteilungspflicht

Ändert sich die medizinische, berufliche oder finanzielle Situation der versicherten Person, so ist dies sofort mitzuteilen; andernfalls verfällt der Anspruch auf zukünftige Ansprüche.

Bei Änderung des Unfähigkeitsgrades werden die Leistungen entsprechend angepasst. Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, die zuviel bezahlten Leistungen zurückzufordern.

B6 Ende des Leistungsanspruchs

Beträgt die Unfähigkeit der versicherten Person weniger als 25%, erlischt der Leistungsanspruch.

B7 Rentenauszahlung

Die Jahresrente wird mit dem Erwerbsunfähigkeitsgrad multipliziert.

Die Renten werden vierteljährlich nachschüssig ausbezahlt, und zwar das erste Mal im Verhältnis zu der bis Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres verstrichenen Zeit.

Sobald sich der Unfähigkeitsgrad ändert, werden die Leistungen angepasst; dabei berücksichtigt die Gesellschaft mögliche bereits ausbezahlte Leistungen.

B8 Rentenanpassung

Eine vereinbarte Anpassung des Rentenbetrags erfolgt, sobald die Erwerbsunfähigkeit 24 Monate gedauert hat.

B9 Versicherungsdeckung bei Unfall

Nach Vereinbarung kann die Deckung des Unfallrisikos ausgeschlossen werden. In diesem Fall besteht bei Erwerbsunfähigkeit infolge eines Unfalls kein Anspruch auf die Rente.

B10 Tarifsegmentierung

Der Betrag der Prämie hängt namentlich von der Ausbildung, dem erzielten Erwerbseinkommen und dem ausgeübten Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags ab.

Falsche oder unrichtige Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags, die dazu führen, die versicherte Person in eine günstigere Kategorie einzustufen, hätten zur Folge, dass die Versicherungsleistungen um die Hälfte gekürzt werden.

B11 Tarifanpassung

Die Gesellschaft ist berechtigt, während der Vertragsdauer die Tarife für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Prämienbefreiung) und die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit (Rente) an die Risikoentwicklung der Versichertengemeinschaft anzupassen. Die Anpassung tritt am Stichtag des Vertrages in Kraft. Sie wird dem Vorsorge-/Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor diesem Datum schriftlich mitgeteilt.

Dieses Recht kann nicht geltend gemacht werden, wenn Leistungen bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet werden (laufende Rente und/oder laufende Prämienbefreiung).

Falls die Gesellschaft ihr Recht auf Tarifanpassung geltend macht, hat der Vorsorge-Versicherungsnehmer das Recht:

- den Vertrag zu kündigen.
- zu verlangen, dass die Tarifanpassung nicht zu einer Erhöhung der Gesamtprämie des Vertrages führt. In diesem Fall werden die Versicherungsleistungen entsprechend angepasst. Falls aus steuerlichen Gründen die Gesamtprämie des Vertrages nicht erhöht werden kann, erfolgt ebenfalls eine Leistungsanpassung. Eine Teilprämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit ist jedoch nicht möglich.

C Freie Vorsorge

C1 Vertragsverhältnis

Der Versicherungsnehmer ist die Person, welche die Versicherung abschliesst und sich zur Bezahlung der Prämien verpflichtet.

Die versicherte Person kann der Versicherungsnehmer oder ein Dritter sein.

Der Begünstigte ist die Person, die der Versicherungsnehmer für den Erhalt einer Leistung bezeichnet hat, oder jede andere Person, die eine Leistung beanspruchen kann.

C2 Begünstigungsklausel

Der Vorsorge-/Versicherungsnehmer bestimmt, wen er für die versicherten Leistungen begünstigt und teilt es der Gesellschaft schriftlich mit. Hat er von seinem Recht keinen Gebrauch gemacht, so sind die Begünstigten:

- Im Todesfall: der Ehegatte oder der eingetragene Partner, bei Fehlen die Kinder, bei Fehlen die gesetzlichen Erben.

Falls nichts anderes bestimmt wurde, wird bei Ableben/Auflösung des Versicherungsnehmers die versicherte Person Versicherungsnehmer.

C3 Abtretung und Verpfändung

Der Anspruch auf Leistungen der Summenversicherung kann abgetreten oder verpfändet werden.

C4 Umwandlung und Rückkauf

Die Versicherung hat weder einen Umwandlungs- noch einen Rückkaufswert.

Im Fall einer Kündigung wird eine etwaige laufende Rente bei Erwerbsunfähigkeit bis zur Wiedererlangung einer Erwerbsfähigkeit von über 75% ausgerichtet.

C5 Anwendbares Recht

Die Versicherung ist von der Versicherungspolice geregelt. Die vorliegenden Bedingungen sowie die schweizerische Gesetzgebung - insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag - gelten als fester Bestandteil der Versicherungspolice.

D Gebundene Vorsorge

D1 Vertragsverhältnis

Der Vorsorgenehmer ist die Person, angestellt oder selbstständig, welche die Versicherung abschliesst und sich zur Bezahlung der Prämien verpflichtet.

Der Vorsorgenehmer ist ebenfalls die versicherte Person.

Der Begünstigte ist die Person, die der Vorsorgenehmer für den Erhalt einer Leistung bezeichnet hat, oder jede andere Person, die eine Leistung beanspruchen kann.

D2 Begünstigungsklausel

Die Begünstigungsklausel wird durch Artikel 2 BVV 3 geregelt.

Als Begünstigte sind folgende Personen zugelassen:

Im Todesfall des Vorsorgenehmers die folgenden Personen in nachstehender Reihenfolge:

1. der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin oder der überlebende eingetragene Partner,
2. die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss,
3. die Eltern,
4. die Geschwister,
5. die übrigen Erben.

Der Vorsorgenehmer kann eine oder mehrere begünstigte Personen unter den in Ziffer 2 genannten Begünstigten bestimmen und deren Ansprüche näher bezeichnen.

Der Vorsorgenehmer hat das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten nach Ziffern 3-5 zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen.

D3 Abtretung und Verpfändung

Der Leistungsanspruch kann nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen über die gebundene Selbstvorsorge abgetreten werden. Er kann nur für Erwerb und Erstellung von Wohneigentum zum Eigenbedarf oder zur Rückzahlung von darauf lastenden Hypothekardarlehen verpfändet werden.

D4 Steuerbescheinigung

Die Gesellschaft überreicht dem Vorsorgenehmer jedes Jahr eine Steuerbescheinigung für die während des Steuerjahres erhaltenen Beträge zu.

D5 Umwandlung und Rückkauf

Die Versicherung hat weder einen Umwandlungs- noch einen Rückkaufswert.

Im Fall einer Kündigung wird eine etwaige laufende Rente bei Erwerbsunfähigkeit bis zur Wiedererlangung einer Erwerbsfähigkeit von über 75% ausgerichtet.

D6 Anwendbares Recht

Die Versicherung ist von der Versicherungspolice geregelt. Die vorliegenden Bedingungen sowie die schweizerische Gesetzgebung - insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag und die Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3) - gelten als fester Bestandteil der Versicherungspolice.