

Allgemeine Bedingungen der Versicherung SanaVista

Die im folgenden Text verwendete männliche Form gilt sinngemäss auch für weibliche Personen.

IMG02-A5 – Ausgabe 01.01.2022

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Grundlagen des Versicherungsvertrags	Art. 12	Begünstigte
Art. 2	Risikotragender Versicherer	Art. 13	Begründung der Ansprüche
Art. 3	Zweck der Versicherung	Art. 14	Auszahlung der Leistungen
Art. 4	Aufnahmebedingungen	Art. 15	Verjährung
Art. 5	Versicherungsantrag	Art. 16	Prämien
Art. 6	Verletzung der Anzeigepflicht	Art. 17	Änderung des Prämientarifs
Art. 7	Versicherungsperiode	Art. 18	Anpassung der Versicherungsbedingungen
Art. 8	Beginn, Dauer und Ende des Vertrags	Art. 19	Informationspflichten
Art. 9	Umfang der Deckungsgarantien und Begriffe	Art. 20	Mitteilungen
Art. 10	Ausschluss und Kürzung der Leistungen	Art. 21	Gerichtsstand
Art. 11	Leistungen	Art. 22	Datenschutz

Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Der Versicherungsvertrag unterliegt den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
2. Der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice sowie die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen bilden die vertraglichen Grundlagen.
3. Das in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen definierte Produkt SanaVista ist Gegenstand eines individuellen und getrennten Vertrags.

Art. 2 Risikotragender Versicherer

Versicherer ist die Groupe Mutuel Leben GMV AG (nachfolgend «Versicherer»).

Art. 3 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung SanaVista zahlt bei Invalidität oder Tod infolge von Krankheit ein Kapital aus.
2. Die Todesfallleistungen werden nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.
3. Die Invaliditätsleistungen werden nach den Grundlagen der Schadenversicherung bestimmt.
4. Diese Versicherung hat weder einen Rückkaufs- noch einen Umwandlungswert.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

1. Der Versicherungsnehmer sowie der Versicherte müssen bei Vertragsabschluss über einen Wohnsitz in der Schweiz verfügen.

2. Die Versicherung SanaVista kann bis zum 55. Altersjahr abgeschlossen werden.

Art. 5 Versicherungsantrag

1. Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen oder mehrere Versicherungsverträge abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (VVG Art. 1).
2. Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen.
3. Wird der Antrag vom Versicherer gestellt, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Annahmeerklärung durch den Versicherungsnehmer widerrufen.
4. Für den Versicherungsantrag ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular zu verwenden. Der Antragsteller muss alle Fragen auf dem Versicherungsantrag und im Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgetreu beantworten. Er ist verantwortlich dafür, dass die von einer Drittperson oder einem Vermittler gegebenen Antworten seinen Angaben entsprechen. Die Versicherten müssen Dritte ermächtigen, dem Versicherer alle Unterlagen zu übergeben und alle Auskünfte zu erteilen, die erforderlich sind.
5. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.

Art. 6 Verletzung der Anzeigepflicht

Hat der Versicherungsnehmer beim Beantworten der Fragen eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen (Verletzung der Anzeigepflicht), so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, zu kündigen. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherungsnehmer wirksam.

Art. 7 Versicherungsperiode

1. Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.
2. Wird der Vertrag während des Kalenderjahres abgeschlossen, so erstreckt sich die erste Versicherungsperiode von dem in der Versicherungspolice festgehaltenen Datum des Inkrafttretens bis zum Ende des Kalenderjahres.

Art. 8 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags

1. Der Vertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Police übergibt.
2. Das Datum des Vertragsbeginns geht aus der Versicherungspolice hervor.
3. Nach einer Versicherungsperiode wird der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr verlängert.
4. Ab der zweiten Versicherungsperiode kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen.
5. Eine Kündigung muss gemäss Art. 20 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen erfolgen.
6. Der Versicherer kann den Vertrag bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG kündigen.
7. Der Versicherungsschutz endet in allen Fällen am Ende des Monats, in dem die versicherte Person den 65. Geburtstag feiert.
8. Wenn die versicherte Person ihren gesetzlichen Wohnsitz ins Ausland verlegt, endet der Versicherungsvertrag am Tag der Ausreise aus der Schweiz.

Art. 9 Umfang der Deckungsgarantien und Begriffe

1. Die Versicherung deckt nur die Risiken Todesfall sowie voraussichtlich dauerhafte und definitive Invalidität infolge von Krankheit.
2. Eine voraussichtlich dauerhafte und definitive Invalidität liegt vor, wenn es sich um eine weitgehend stabilisierte, grundsätzlich irreversible Beeinträchtigung der Gesundheit handelt, von der man annehmen kann, dass sie die Autonomie oder die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft einschränken wird, sodass Letztere eine Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) beziehen wird, da allfällige Wiedereingliederungsmassnahmen definitionsgemäss gescheitert sind.
3. Als Krankheit gilt jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

4. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Unfällen gleichgestellt.

Art. 10 Ausschluss und Kürzung der Leistungen

1. Tod und voraussichtlich dauerhafte und definitive Invalidität sind nicht gedeckt, wenn sie Folge eines der nachstehenden Ereignisse sind:
 - a. Unfall
 - b. Krankheit, wenn diese vor Beginn oder nach Ende der Versicherungsdauer aufgetreten ist
 - c. versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung
 - d. Alkoholsucht oder andere Suchterkrankungen
 - e. Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
 - f. Kriegsereignisse:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, überrascht worden und die Krankheit trete innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein
 - g. Unruhen, deren Zweck darin besteht, Personen oder Sachen Schaden zuzufügen, und die Massnahmen zu deren Bekämpfung, ausser der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war
2. Ausserdem werden die Leistungen bei Tod und voraussichtlich dauerhafter und definitiver Invalidität nicht gewährt, wenn der Anspruchsberechtigte die vom Versicherer als notwendig erachteten Untersuchungen oder Abklärungen verweigert oder verunmöglicht.

Art. 11 Leistungen

1. Bei Tod infolge von Krankheit richtet der Versicherer das versicherte Kapital unter Abzug eines allfälligen bereits ausbezahlten Invaliditätskapitals aus.
2. Stirbt ein versichertes Kind bevor es zweieinhalb Jahre alt ist, so wird das Todesfallkapital auf Fr. 2'500.– beschränkt.
3. Bei einer voraussichtlich dauerhaften und definitiven Invalidität infolge von Krankheit richtet der Versicherer das versicherte Kapital im Verhältnis zum von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) anerkannten Invaliditätsgrad aus. Eine Invalidität von unter 25% gibt keinen Anspruch auf eine Auszahlung, während bei einer Invalidität ab 70% Anspruch auf die Auszahlung der vollen Kapitalsumme besteht.
4. Das versicherte Kapital ist vom Alter der versicherten Person abhängig:

Männer

0-18 Jahre Fr. 5'000.–
19-25 Jahre Fr. 10'000.–
26-45 Jahre Fr. 30'000.–
46-50 Jahre Fr. 23'000.–
51-55 Jahre Fr. 13'000.–
56-60 Jahre Fr. 7'000.–
61-65 Jahre Fr. 4'000.–

Frauen

0-18 Jahre Fr. 5'000.–
19-25 Jahre Fr. 10'000.–
26-45 Jahre Fr. 30'000.–
46-50 Jahre Fr. 30'000.–
51-55 Jahre Fr. 20'000.–
56-60 Jahre Fr. 15'000.–
61-65 Jahre Fr. 13'000.–

Art. 12 Begünstigte

1. Im Todesfall wird das versicherte Kapital folgenden Begünstigten ausbezahlt:
 - dem überlebenden Ehepartner oder dem überlebenden eingetragenen Partner, bei dessen Fehlen
 - den Kindern zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - den Eltern zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - den gesetzlichen Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens
2. In Abweichung von Art. 12 Abs. 1 kann der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses begünstigte Personen bestimmen oder ausschliessen. Eine solche Abweichung kann vom Versicherungsnehmer jederzeit mit einer Mitteilung an den Versicherer aufgehoben oder geändert werden. Falls die genannte/-n begünstigte/-n Person/-en vorverstorben ist/sind, gelten die Bestimmungen in Art. 12 Abs. 1.
3. Bei Invalidität wird das Kapital an die versicherte Person ausgezahlt.

Art. 13 Begründung der Ansprüche

1. Beim Tod des Versicherten hat der Anspruchsberechtigte auf seine Kosten die amtliche Todesurkunde des Versicherten und ein ärztliches Zeugnis des behandelnden Arztes mit Angabe der Umstände und der genauen Ursachen des Todes beim Versicherer einzureichen.
2. Bei Invalidität hat der Versicherte dem Versicherer auf seine Kosten ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, das Angaben über Beginn, Natur, Verlauf und Folgen der Krankheit enthält. Der Versicherte ermächtigt den Versicherer, Einblick ins Dossier der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zu nehmen.
3. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherten durch einen von ihm bezeichneten Arzt untersuchen zu lassen und zusätzliche Auskünfte bei Dritten einzuholen, sofern er dies zur Bestimmung des Leistungsanspruchs als nützlich erachtet.

Art. 14 Auszahlung der Leistungen

1. Im Todesfall erfolgt die Auszahlung des Kapitals innert 30 Tagen nach der Zustellung sämtlicher erforderlicher Unterlagen.
2. Bei Invalidität erfolgt die Auszahlung des Kapitals nach

sechs aufeinanderfolgenden Monaten einer voraussichtlich dauerhaften und definitiven Invalidität. Die Frist beginnt mit der Mitteilung des Entscheids über die Rentenauszahlung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV).

3. Falls die Invalidität teilweise auf ein Geburtsgebrechen, einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis zurückzuführen ist, kann der Versicherer die Leistung entsprechend kürzen, auch wenn kein zugehöriger Kausalzusammenhang besteht. Dabei ist der Versicherer nicht an die Schlussfolgerungen der Invaliditätsversicherung (IV) oder des Unfallversicherers gebunden. Der Vertrauensarzt des Versicherers beurteilt in diesem Fall, welcher Teil keine direkte Folge einer Krankheit ist, und schliesst diesen Teil aus. Er verschafft sich bei Bedarf die für seinen Entscheid nötigen Informationen. Ist das Eintreten des versicherten Risikos vorwiegend auf einen Unfall zurückzuführen, so wird die gesamte Leistung abgelehnt.

Art. 15 Verjährung

Die Forderungen aus diesem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt des Todes oder der Mitteilung des Entscheids über die Rentenauszahlung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV).

Art. 16 Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice aufgeführt.
2. Sie sind nach Altersklassen abgestuft und hängen vom Geschlecht und vom versicherten Kapital ab.
3. Die Prämien müssen jährlich im Voraus in der Schweiz gezahlt werden.
4. Sie können auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich gezahlt werden. In diesem Fall wird die jährliche Prämienzahlung gestaffelt und die Fälligkeit der Rechnungen auf einen späteren Zeitpunkt gelegt.
5. Die Fakturierungsperiode der Prämien beträgt mindestens einen Monat, mit Ausnahme des Monats, in dem der Vertrag beginnt oder endet.
6. Die Prämie wird gemäss den Sterbe- und Invaliditätstafeln der Groupe Mutuel Leben GMV AG, GK M/F 95 und GJ M/F 95, berechnet.

Art. 17 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämientarif der Schadenentwicklung anpassen.
2. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neue Prämie mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode bekannt. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, dies unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Tarifänderung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen.
3. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.

Art. 18 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen anzupassen.
2. Die neuen Bedingungen gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer, wenn sie gemäss Abs. 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen kein Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

Art. 19 Informationspflichten

1. Jede Änderung (Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Wohnsitz, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Im Fall einer Verletzung seiner Pflichten übernimmt der Versicherungsnehmer die daraus resultierenden Folgen und Kosten.
2. Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder Aufenthaltsort ausserhalb der Schweiz, hat er dies dem Versicherer zu melden und ihm eine Ausreisebestätigung der Wohngemeinde oder des Wohnkantons vorzulegen. Entsprechend löst der Versicherer den Versicherungsvertrag zu dem auf der Bestätigung angegebenen Ausreisedatum auf.
3. Unterlässt der Versicherte diese Mitteilung, ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung, sobald er Kenntnis von der Ausreise erhält, aufzulösen. Die Auflösung erfolgt auf das Ende des Monats, in dem die Meldung über die Ausreise aus der Schweiz an die zuständige Gemeindeverwaltung oder kantonale Behörde erfolgt ist.

Art. 20 Mitteilungen

1. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers und des Versicherers sind rechtsgültig, wenn sie schriftlich oder über jegliches andere Mittel erfolgen, das den Nachweis durch Text ermöglicht (E-Mail oder vom Versicherer zur Verfügung gestellte Kommunikationsmittel). Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind.
3. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.
4. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn ein Versicherter das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann er den Versicherer entsprechend informieren. In diesem Fall ist der Versicherer von jeglicher Haftung für die veröffentlichten Mitteilungen befreit.
Die Mitteilungen können auch auf der Webseite des Versicherers und in einem Dokument erfolgen, das dem jährlichen Versand der Versicherungspolice beigelegt ist.

Art. 21 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten kann der Versicherungsnehmer oder der Begünstigte entweder die Gerichte seines gesetzlichen Wohnsitzes in der Schweiz oder diejenigen des Sitzes des Versicherers wählen; die Bestimmungen internationaler Übereinkommen bleiben vorbehalten.

Art. 22 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Die Groupe Mutuel Services AG bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder der mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend die betroffenen Personen) im Auftrag Ihres Versicherers Groupe Mutuel Leben GMV AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG). Als persönliche Daten gelten insbesondere Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, die die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihre Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Dienstleistungen; von Dritten oder anderen Dienstleistern erhaltene Daten oder Personendaten aus öffentlichen Quellen, sofern dies zulässig ist.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem DSG), dem zwischen der Groupe Mutuel und den betroffenen Personen abgeschlossenen Vertrag, dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen im Sinn des DSG.

Zweckbestimmung

Die persönlichen und sensiblen Daten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, Anträge im Rahmen der Rechte natürlicher Personen zu bear-

beiten, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, austauschen und gemeinsam nutzen (siehe unten). Die für statistische Zwecke verwendeten Daten werden anonymisiert.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffene Person möglicherweise Dritten genehmigt hat oder die unabhängig von der Groupe Mutuel durchgeführt wird. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Erstellung von Nutzerprofilen

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter folgender Adresse kontaktiert werden kann: dataprotection@groupemutuel.ch.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.