

Allgemeine Bedingungen der Kapitalversicherung bei Tod oder Invalidität «PrimaCapital»

IC

Die im folgenden Text verwendete männliche Form gilt sinngemäss auch für andere Geschlechter.

ICGM03-A6 – Ausgabe vom 01.06.2024

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck und Gegenstand der Versicherung	Art. 13	Ausschluss/Verweigerung/Kürzung
Art. 2	Definitionen	Art. 14	Begründung der Ansprüche
Art. 3	Grundlagen des Versicherungsvertrags	Art. 15	Zahlung der Leistungen
Art. 4	Risikotragender Versicherer	Art. 16	Prämien
Art. 5	Aufnahmebedingungen	Art. 17	Änderung des Prämientarifs
Art. 6	Versicherungsantrag	Art. 18	Begünstigte
Art. 7	Verletzung der Anzeigepflicht	Art. 19	Verjährung
Art. 8	Versicherungsperiode	Art. 20	Informationspflichten
Art. 9	Beginn, Dauer und Ende des Vertrags	Art. 21	Mitteilungen
Art. 10	Deckungsumfang	Art. 22	Verschiedene Bestimmungen
Art. 11	Leistungen bei Todesfall	Art. 23	Datenschutz
Art. 12	Leistungen bei Invalidität und Pflegebedürftigkeit	Art. 24	Militärdienst und Kriegsrisiken

Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

- Die Versicherung «PrimaCapital» (nachstehend IC) sieht je nach gewählter Option eine Kapitalauszahlung bei Invalidität oder Tod aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls vor und deckt die wirtschaftlichen Auswirkungen des versicherten Ereignisses gemäss den in den folgenden Artikeln beschriebenen Einzelheiten.
- Die Deckung in Form eines Kapitals im Todesfall oder bei Invalidität wird nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt. Sie ist unabhängig und losgelöst von den anderen Versicherungen der gleichen Police.

Art. 2 Definitionen

- Versicherungsnehmer:** Natürliche Person, die den Vertrag oder die Versicherung abschliesst und sich zur Zahlung der Prämien verpflichtet (vor Vertragsabschluss: der Antragsteller)
- Versicherte Person:** Person, die den Fragebogen zum Gesundheitszustand beantwortet und/oder auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird (vor Abschluss des Vertrags: die zu versichernde Person).
- Versicherungsantrag:** Dokument, mit dem der Antragsteller eine oder mehrere Versicherungsdeckungen beantragt und mit dem er (bzw. die zu versichernde Person) die für die Risikoprüfung notwendigen Informationen mitteilt.
- Versicherungspolice:** Versicherungsbestätigung oder -ausweis, die/der sämtliche abgeschlossene Deckungen zusammenfasst und die Rechten und Pflichten der beiden Parteien definiert.
- Voraussichtlich bleibende und endgültige Invalidität:** 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. Im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ersetzt der Begriff «Pflegebedürftigkeit» bei Minderjährigen jenen der Invalidität.

- Pflegebedürftigkeit:** Eine Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach einer Krankheit, einem Unfall, einer Körperverletzung oder aufgrund von schwindenden Kräften anhaltend in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt ist, sodass sie täglich und für ihre Altersgruppe überdurchschnittlich viel Unterstützung braucht, um ihren Lebensalltag zu bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss seit mindestens 12 Monaten bestehen und von einem Arzt bescheinigt und vom Versicherer anerkannt sein.
- Krankheit:** Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit verursacht.
- Unfall:** 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. Unfallähnliche Körperschädigungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden als Unfälle betrachtet.

9. **Geburtsgebrechen:** Als Geburtsgebrechen gelten alle Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

Art. 3 Art. 3 Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Die IC-Versicherung unterliegt den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
Dieses gilt subsidiär zu den vorliegenden allgemeinen Geschäftsbedingungen, solange nichts anderes vereinbart wurde.
2. Der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice sowie die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen bilden die vertraglichen Grundlagen.

Art. 4 Art. 4 Risikotragender Versicherer

Der risikotragende Versicherer ist die Groupe Mutuel Leben GMV AG (nachfolgend GMV oder Versicherer genannt), eine Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht mit Sitz in Martigny.

Art. 5 Aufnahmebedingungen

1. Der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person müssen beim Abschluss einer IC-Versicherung über einen gesetzlichen Wohnsitz in der Schweiz verfügen.
2. Alle Personen, die beim Inkrafttreten der Versicherung unter 55-jährig sind, können vorbehaltlich den vom Versicherer definierten Annahmebedingungen (siehe Art. 6.5) in die Versicherung aufgenommen werden.

Art. 6 Versicherungsantrag

1. Die Unterzeichnung und Überreichung 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. vier Wochen, wenn ergänzende medizinische Auskünfte erforderlich sind (Art. 1 VVG).
2. Der Antragsteller kann seinen Versicherungsantrag bzw. dessen Annahme innerhalb von 14 Tagen nach der Unterzeichnung widerrufen.

Der Versicherer betrachtet das im Antrag angegebene Datum als Unterzeichnungsdatum (es darf nicht nach dem Eingangsdatum des Antrags am Hauptsitz oder in einer offiziellen Agentur des Versicherers liegen). Falls kein Datum vorhanden ist, gilt das Eingangsdatum des Antrags als Unterzeichnungsdatum. Die Frist ist eingehalten, wenn der Antragsteller spätestens am letzten Tag der Frist dem Versicherer den Widerruf mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt.

Der Widerruf muss schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen. Er bewirkt, dass der Antrag zum Versicherungsabschluss oder die Annahmeerklärung des Antragstellers von Anfang an unwirksam ist. Der Versicherungsschutz endet am Tag, an dem der Versicherer Kenntnis vom Widerruf erlangt. Bereits gezahlte Prämien werden zinslos zurückerstattet.

3. Wenn der Antrag vom Versicherer stammt, beispielsweise bei einer in einem Mailing angebotenen Versicherungsde-

ckung, gilt die IC-Versicherung als abgeschlossen, sobald der Antragsteller das Angebot annimmt. Dieser kann den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss widerrufen.

4. Stammt der Antrag vom Antragsteller, ist ein vom Versicherer zur Verfügung gestelltes Formular auszufüllen. 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 zu versichernden Personen müssen zudem 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. 7 Verletzung der Anzeigepflicht

1. 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.
2. In diesem Fall erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Wenn der Versicherer für einen solchen Schadenfall bereits eine Leistung erbracht hat, hat er Anspruch auf Rückerstattung.

Art. 8 Versicherungsperiode

1. Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.
2. Wird die IC-Versicherung 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. 9 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags

1. Die IC-Versicherung gilt als abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Police zugestellt hat, respektive sobald dessen Annahme des Gegenvorschlags der GMV oder eines Angebots aus einem Mailing beim Versicherer eingetroffen ist.
2. Das Datum des Vertragsbeginns geht aus der Versicherungspolice hervor.
3. Nach einer Versicherungsperiode wird der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr verlängert.
4. Der Versicherungsnehmer kann die IC-Versicherung frühestens zu Beginn der zweiten Versicherungsperiode schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen. Ab dem zweiten Versicherungsjahr kann er sie auf das Ende des Monats kündi-

- gen, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht.
5. Der Versicherer kann die Versicherung bei Nichtbezahlen der Prämien 14 Tage nach dem Versand einer Mahnung kündigen, sofern diese ebenfalls nicht bezahlt wird. Nach Ablauf dieser Frist wird die IC-Deckung suspendiert (es besteht kein Anrecht auf Leistungen für Ereignisse, die während der Suspendierung vorkommen). Sobald sämtliche Prämien, die Gegenstand der Mahnung waren, beim Versicherer beglichen worden sind, gilt der Versicherungsschutz wieder.
 6. Im Schadenfall wird die IC-Versicherung spätestens mit der Auszahlung der Leistung für eines der versicherten Ereignisse (Tod oder Invalidität) gekündigt. Die Versicherung bleibt jedoch noch 14 Tage nach der Ankündigung der Auflösung des Vertrags in Kraft. In jedem Fall ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.
 7. Der Versicherungsvertrag läuft spätestens am Ende des Monats aus, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird.
 8. Artikel 10.3 («Örtlicher Geltungsbereich») bleibt vorenthalten, sofern die IC-Versicherung ihre Gültigkeit bei der Verlegung des gesetzlichen Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland verliert.

Art. 10 Deckungsumfang

1. Je nach gewählter Option garantiert die Versicherung die Deckung von:
 - a. Option IC-K/U: Todesfall- und bleibendem Invaliditätsrisiko nach Krankheit oder Unfall.
 - b. Option IC-K: Todesfall- und bleibendem Invaliditätsrisiko einzig nach Krankheit.
2. **Leistung auf das Maximum des versicherten Kapitals beschränkt**
Die Versicherung sieht eine einzige Kapitalauszahlung vor, maximal die in der Police angegebene Versicherungssumme, für versicherte Ereignisse, die während der Gültigkeit des Vertrags eingetreten sind (100% im Todesfall oder im Verhältnis zur IV bei Invalidität respektive je nach Pflegebedürftigkeit).
Treten beide versicherte Ereignisse vor der Kündigung der Versicherung ein, darf der ausbezahlte Gesamtbetrag die in der Police angegebene versicherte Summe nicht überschreiten.
3. **Örtlicher Geltungsbereich**
 - a. Die IC-Deckung ist weltweit gültig, sofern die versicherte Person ihren gesetzlichen Wohnsitz in der Schweiz hat. Allfällige Einschränkungen gelten nur, wenn sie ausdrücklich in der Versicherungspolice, den zugehörigen Nachträgen oder den Versicherungsbedingungen festgehalten sind.
 - b. Hält sich die versicherte Person in einem Land auf, in dem Krieg, Guerillaaktivität oder Aufstand herrscht, wird der Versicherungsschutz im Todesfall sistiert. In diesem Fall werden keine Leistungen gewährt.
 - c. Die IC-Deckung erlischt am Tag der Abreise ins Ausland.
 - d. Grenzgänger: Die versicherte Person kann ihre IC-Versicherung beibehalten und die Deckung im Todesfall oder bei Invalidität bleibt so lange bestehen, wie die Person in der Schweiz erwerbstätig ist.

Art. 11 Leistungen bei Todesfall

1. Im Todesfall überweist der Versicherer den in der Police vereinbarten Betrag abzüglich eines allfälligen, bereits überwiesenen Invaliditätskapitals.
2. Wenn die versicherte Person ein Kind ist und der Tod
 - a. vor dem Alter von zweieinhalb Jahren eintritt: Kapital auf Fr. 2500.– beschränkt. Das Kapital wird auch bei Todgeburt ausbezahlt (siehe Art. 9 Abs. 2 ZStV, Zivilstandsverordnung).
 - b. zwischen zweieinhalb und zwölf Jahren eintritt: Kapital auf Fr. 20 000.– beschränkt.
 Wenn der Gesamtbetrag der für das Kind bezahlten Prämien zuzüglich 5% über dem maximalen Todesfallkapital gemäss Buchstaben a. und b. liegt, wird der Gesamtbetrag der Prämien zuzüglich 5% zurückerstattet.
3. Falls die versicherte Person lediglich über einen Versicherungsschutz bei Krankheit verfügt (IC-K) und der Todesfall oder 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.
Ist das Eintreten des versicherten Risikos vorwiegend auf einen Unfall zurückzuführen, so wird die gesamte Leistung abgelehnt.

Art. 12 Leistungen bei Invalidität oder Pflegebedürftigkeit

1. Bei Invalidität - Personen zwischen 18 und 65 Jahren, je nach Tarifieralter
Bei einer voraussichtlich dauerhaften und definitiven Invalidität richtet der Versicherer das in der Police vereinbarte 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 mindestens 70% Anspruch auf die Auszahlung des vollen versicherten Kapitals besteht.
2. Bei Pflegebedürftigkeit - Personen zwischen 0 und 17 Jahren, je nach Tarifieralter
Das Kapital wird je nach Pflegebedürftigkeit gewährt. Diese wird vom Versicherer unter Berücksichtigung der Anzahl der alltäglichen Lebensverrichtungen, die die versicherte Person nicht ausführen kann, festgelegt.
3. Unter alltäglichen Lebensverrichtungen versteht man (sechs Kriterien):
 - a. Sich anziehen/ausziehen
 - b. Aufstehen/sich setzen/sich hinlegen/sich transferieren
 - c. Essen (Nahrung in mundgerechte Stücke schneiden/ die Nahrung zum Mund führen)
 - d. Körperpflege (sich waschen, sich frisieren, sich rasieren, baden/duschen)
 - e. Auf die Toilette gehen (die eigene Hygiene sicherstellen, sich wieder anziehen, sich selbstkatheterisieren oder Ähnliches - Stomaversorgung).
 - f. Sich fortbewegen (in der Wohnung/draussen), soziale Kontakte pflegen

Diese Liste ist abschliessend.

4. Leistungsstufen:

Jedes vollständig erfüllte Kriterium gibt einen Punkt, definiert in Art. 12.3 (alltägliche Lebensverrichtungen, die umfassende Unterstützung fordern, Buchstaben a-f). Das Kapital wird in Prozent definiert, je nach Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftigkeit:	Kapital in Prozent:
1) Schwach - ab 2 Punkten	30%
2) Mittel - 3 bis 4 Punkte	65%
3) Hoch - 5 bis 6 Punkte	100%

5. Bei einer Pflegebedürftigkeit von unter 2 Punkten entfällt der Leistungsanspruch. Sofern die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person kein Anrecht gibt auf das Kapital der Stufe 1) und die versicherte Person auf einen Rollstuhl angewiesen ist oder ständig von einer Pflegekraft begleitet werden muss, hat sie mindestens Anrecht auf das Kapital der Stufe 1).

Art. 13 Ausschluss/Verweigerung/Kürzung

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Tod oder Invalidität/Pflegebedürftigkeit, wenn der Eintritt des versicherten Ereignisses auf eine Krankheit oder Unfallfolgen zurückzuführen ist, deren erste Symptome vor der Unterzeichnung des Antrags medizinisch abgeklärt, begleitet oder behandelt oder
– medizinisch oder im Labor untersucht wurden.
2. Die versicherte Leistung bei Invalidität/Pflegebedürftigkeit wird nicht gewährt bei Geburtsgebrechen oder Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, sowie deren Folgen.
3. Ausserdem werden die Leistungen bei Invalidität/Pflegebedürftigkeit nicht gewährt, wenn die versicherte Person die vom Versicherer als notwendig erachteten Untersuchungen oder Abklärungen verweigert oder verunmöglichlicht.
4. Der Versicherer haftet nicht, wenn der Schaden durch den Versicherungsnehmer oder den Anspruchsberechtigten vorsätzlich verursacht wurde.
5. Wenn der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte den Schaden grobfahrlässig verursacht hat, ist der Versicherer berechtigt, ihm die Leistung zu verweigern oder zu kürzen.
6. Tod durch Suizid ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss der Versicherung oder in den drei Jahren nach einer Erhöhung des Versicherungsschutzes (für den erhöhten Teil) nicht versichert.
7. Ausschlüsse für Gewalttaten und Terrorismus
Tod und Invalidität sind nicht versichert, wenn sie die direkte oder indirekte Folge der Teilnahme an Unruhen sind, deren Zweck es ist, Personen oder Sachen Schaden zuzufügen, oder an den Massnahmen zu deren Bekämpfung beteiligt ist, ausser die versicherte (bzw. Die berechnete) Person beweise, dass sie nicht aktiv auf der Seite der Unruhestifter oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war.

Art. 14 Begründung der Ansprüche

1. Im Todesfall hat der Anspruchsberechtigte seinem Versicherer auf eigene Kosten die amtliche Todesurkunde der versicherten Person sowie einen medizinischen Bericht des behandelnden Arztes mit Angabe der Umstände und Ursachen des Todes vorzulegen. Der Versicherer stellt dazu ein Formular zur Verfügung.
2. Bei Invalidität hat die versicherte Person dem Versicherer auf eigene Kosten eine Kopie des IV-Entscheids oder ein ärztliches Zeugnis vorzulegen unter Angabe von Beginn, Natur, Verlauf und Folgen der Krankheit. Die versicherte Person 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 ihr bezeichneten Arzt untersuchen zu lassen und zusätzliche Auskünfte bei Dritten einzuholen, sofern sie dies zur Bestimmung des Leistungsanspruchs als nützlich erachtet.

Art. 15 Zahlung der Leistungen

1. Im Todesfall erfolgt die Auszahlung der Kapitalsumme innert 30 Tagen nach der Zustellung sämtlicher erforderlicher Unterlagen.
2. Bei Invalidität erfolgt die Auszahlung der Kapitalsumme nach sechs aufeinanderfolgenden Monaten einer voraussichtlich bleibenden und endgültigen Invalidität, frühestens jedoch sechs Monate nach Eingang der Zusprache einer Invalidenrente durch die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) beim Versicherer, dies sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch am Leben ist.
3. Bei Pflegebedürftigkeit erfolgt die Auszahlung der Kapitalsumme frühestens nach einer zwölfmonatigen, ununterbrochenen und voraussichtlich dauerhaften Pflegebedürftigkeit, die ärztlich attestiert ist.

Art. 16 Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice aufgeführt.
2. Sie sind nach Altersklassen abgestuft und hängen vom Geschlecht und versicherten Kapital ab.
3. Die Prämien werden auf Jahresbasis berechnet und sind in der Schweiz im Voraus zu zahlen.
4. Sie können auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich gezahlt werden.
5. Die Fakturierungsperiode der Prämien beträgt mindestens einen Monat, mit Ausnahme des Monats, in dem der Vertrag beginnt oder endet.

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, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Tarifänderung. Der Kündigung muss innerhalb von 30 Tagen beim Versicherer

schriftlich oder in einer anderen Form eingehen und den Nachweis durch Text ermöglichen.

3. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.

Art. 18 Begünstigte

1. Im Todesfall fällt die Kapitalsumme den nachstehenden Begünstigten in folgender Reihenfolge zu: dem Ehepartner oder dem eingetragenen Partner der versicherten Person, bei dessen Fehlen den Kindern der versicherten Person, bei deren Fehlen den Eltern, bei deren Fehlen den übrigen Erbberechtigten.
2. In Abweichung von Art. 18.1 kann der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses begünstigte Personen bestimmen oder ausschliessen. Eine solche Abweichung kann vom Versicherungsnehmer jederzeit mit einer schriftlichen Mitteilung an den Versicherer aufgehoben oder geändert werden.
3. Wenn der Versicherungsnehmer andere Begünstigte bestimmt, ohne dies dem Versicherer mitzuteilen, oder wenn er sich für eine Bezeichnung durch testamentarische Verfügung entscheidet, hat die Auszahlung der Versicherungssummen an die Person, die ohne diese Bezeichnung Anspruch darauf gehabt hätte, befreiende Wirkung für den Versicherer, wenn Letzterer von der Änderung der Bezeichnung des Begünstigten durch testamentarische Verfügung keine Kenntnis hatte.
4. Falls sämtliche durch den Versicherungsnehmer bezeichnete begünstigte Personen vorverstorben sind, gelten die Bestimmungen von Art. 18.1.
5. Bei Invalidität/Pflegebedürftigkeit wird das Kapital an die versicherte Person ausbezahlt.

Art. 19 Verjährung

Die Forderungen aus diesem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt des Todes, der Mitteilung an den Versicherten zum Entscheid über die Rentenauszahlung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) oder der Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer.

Art. 20 Informationspflichten

1. Die zu versichernde Person ermächtigt Ärzte, Spitäler und andere Leistungserbringer, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die dieser für die Beurteilung des zu versichernden Risikos benötigt und entbindet sie zu diesem Zweck vom Berufsgeheimnis.
2. Jede Änderung (Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Wohnsitz, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) ist dem Versicherer mitzuteilen. Im Fall einer Verletzung seiner Pflichten übernimmt der Versicherungsnehmer die daraus resultierenden Folgen (die von der Reduktion bis zur hin zur Leistungsverweigerung reichen können) und Kosten.
3. Verlegt die versicherte Person ihren amtlichen Wohnsitz oder Aufenthaltsort ausserhalb der Schweiz, hat sie dies dem Versicherer unverzüglich zu melden und ihm eine Ausreisebestätigung der Wohngemeinde oder des Wohnkantons vorzulegen. Entsprechend löst der Versicherer die Versicherung zu dem auf der Bestätigung angegebenen Ausreisedatum auf.

4. Unterlässt die versicherte Person diese Mitteilung, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag, 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.
5. Verhängt der Versicherer eine Sanktion wegen Verletzung der Anzeigepflicht oder einer anderen Pflicht nach diesen Versicherungsbedingungen, obliegt es dem Versicherungsnehmer zu beweisen, dass die Pflichtverletzung keinen Einfluss auf den Schaden und den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
6. Der Versicherer ist nicht an den Vertrag gebunden, wenn der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht vorsätzlich oder in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vorteil zu verschaffen, verletzt hat.

Art. 21 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 von der versicherten Person angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.
4. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn eine versicherte Person das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann sie 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. 22 Verschiedene Bestimmungen

1. **Rückkaufs-/Umwandlungswert**
Die Versicherung ist nicht rückkaufsfähig und hat keinen Umwandlungswert.
2. **Überschussbeteiligung**
Auf der IC-Versicherung wird keine Überschussbeteiligung gewährt.
3. **Berechnungsgrundlagen**
Die Prämie wird gemäss Sterbetafeln EKM/EKF 2019 und Invaliditätstafeln EJM/EJF 2023 der Groupe Mutuel Leben AG berechnet. Die Prämie wird mit einem technischen Zinssatz von 0,00 Prozent berechnet.
4. **Verrechnung**
 - a. Wenn die versicherte Person Versicherungsnehmerin ist, kann der Versicherer fällige Leistungen mit Forderungen gegen sie verrechnen, insbesondere wenn fällige Prämien nicht bezahlt wurden.

- b. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben kein Recht auf Verrechnung gegenüber dem Versicherer.
5. **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. 23 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 angebotenen Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, 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, gemeinsam nutzen und austauschen (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 betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. 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 Beschwerde-rechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, der versicherten Person, 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 sind auf der Website der Groupe Mutuel verfügbar: www.groupemutuel.ch

Art. 24 Militärdienst und Kriegsrisiken

Der Aktivdienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im Land – in beiden Fällen ohne kriegerische Handlung – gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ohne weitere Formalitäten gedeckt.

Führt die Schweiz einen Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen verwickelt, so wird von Kriegsbeginn an ein einmaliger Kriegsbeitrag geschuldet, der ein Jahr nach Kriegsende fällig wird, und zwar ungeachtet der Tatsache, ob die versicherte Person am Krieg teilnimmt oder nicht und ob sie sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält. Der einmalige Kriegsbeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar oder unmittelbar verursachten Verluste, soweit sie Versicherungen betreffen, auf die die vorliegenden Bedingungen anwendbar sind. Die Schätzung dieser Verluste und der verfügbaren Mittel sowie die Festsetzung des einmaligen Kriegsbeitrags und dessen Eintreibungsmöglichkeiten – gegebenenfalls durch eine Kürzung der versicherten Leistungen – werden vom Versicherer in Absprache mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde vorgenommen.

Werden Versicherungsleistungen vor der Festsetzung des einmaligen Kriegsbeitrags fällig, so hat der Versicherer das Recht, die Ausrichtung dieser Leistungen teilweise aufzuschieben und sie spätestens ein Jahr nach Kriegsende vorzunehmen. Der Betrag der aufgeschobenen Leistung sowie der auf diese Leistung gutzuschreibende Zins werden vom Versicherer in Absprache mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt. Der Tag des Kriegsbeginns und der Tag des Kriegsendes im Sinn der oben erwähnten Bestimmungen werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt.

Nimmt die versicherte Person an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen verwickelt ist, und stirbt SIE entweder während dieses Krieges oder sechs Monate nach Friedensschluss oder nach Beendigung der Feindseligkeiten, so wird vom Versicherer das Deckungskapital geschuldet. Letzteres wird auf den Todestag berechnet, wobei der geschuldete Betrag die im Todesfall ausgerichtete Leistung nicht übersteigen kann. Sind Hinterlassenenrenten versichert, so treten anstelle des Deckungskapitals die Renten ein, die dem auf den Todestag berechneten Deckungskapital entsprechen. Diese dürfen jedoch die versicherten Renten nicht übersteigen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Bestimmungen dieses Artikels im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde zu ändern und die Änderungen auf den vorliegenden Vertrag anzuwenden. Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Bestimmungen und Verwaltungsvorschriften für den Kriegsfall, insbesondere für den Rückkauf der Versicherung, ausdrücklich vorbehalten.