

## Besondere Bedingungen der Versicherung H-Capital

KHGA02-A6 – Ausgabe 01.02.2022

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 5</b>	Versicherte Leistungen
<b>Art. 2</b>	Aufnahmebedingungen	<b>Art. 6</b>	Ausrichtung der Leistungen
<b>Art. 3</b>	Leistungsanspruch	<b>Art. 7</b>	Prämie
<b>Art. 4</b>	Versichertes Jahreskapital		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

### Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall mit Ausnahme von Mutterschaft.

### Art. 2 Aufnahmebedingungen

1. Der Versicherung H-Capital können alle Personen ohne Altersgrenze beitreten.
2. Die Versicherung tritt am Anfang eines Monats in Kraft, frühestens jedoch drei Monate nach der Geburt der versicherten Person.

### Art. 3 Leistungsanspruch

1. Das Kapital bei Spitalaufenthalt wird bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden ausgezahlt oder bei einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden, wenn während einer Nacht ein Bett belegt wird.
2. Das Kapital wird in folgenden Fällen ausgerichtet:
  - Spitalaufenthalt in einem anerkannten Schweizer Allgemeinspital oder in einer psychiatrischen Heilanstalt für Akutkranke
  - Spitalaufenthalt im Ausland
  - Aufenthalt in einer Badekur- oder Rehabilitationsanstalt, die vom Versicherer im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt wird
3. Das versicherte Kapital wird nur einmal pro Kalenderjahr und Spitalaufenthalt ausgerichtet.
4. Wenn sich der Spitalaufenthalt über zwei Kalenderjahre erstreckt, wird die Leistung nur einmal ausgezahlt und auf das Jahr des Datums des Spitaleintritts angerechnet, ausser wenn in diesem Zeitraum bereits eine Versicherungsleistung ausgezahlt wurde.  
In diesem Fall wird das Kapital auf das Jahr des Datums des Spitalaustritts angerechnet.
5. In folgenden Fällen werden keine Leistungen erbracht:
  - Mutterschaft
  - ambulante Behandlungen
  - Spitalaufenthalt bei Behandlungen, die vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht anerkannt werden

- teilstationärer Spitalaufenthalt
- Aufenthalte, die ausschliesslich dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) oder dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstehen.

### Art. 4 Versichertes Jahreskapital

Es können folgende Jahreskapitale versichert werden:  
Fr. 300.–; Fr. 500.–; Fr. 600.–; Fr. 900.–; Fr. 1000.–; Fr. 1500.–;  
Fr. 2000.–; Fr. 2500.–; Fr. 3000.–; Fr. 3500.–.

### Art. 5 Versicherte Leistungen

1. Bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt gemäss Art. 3 erbringt die Versicherung H-Capital das versicherte Kapital (Art. 4). Art. 3 Abs. 3 bleibt vorbehalten.
2. Die Leistungen der Versicherung H-Capital werden nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.

### Art. 6 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt gegen Vorweisen der Spitalrechnung. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.
2. Das Kapital wird dem Versicherten ausbezahlt.  
Im Todesfall fällt das Kapital den Begünstigten in folgender Rangfolge zu: dem Ehepartner, bei dessen Fehlen den Kindern, bei deren Fehlen dem Vater und der Mutter, bei deren Fehlen den anderen erbberechtigten Personen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Rangfolge der Begünstigten mit einem Antrag an seinen Krankenversicherer zu ändern.

## **Art. 7 Prämie**

1. Die Prämien sind nach Geschlecht und Altersklasse abgestuft.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Die geltenden Altersklassen sind:
  - 0 bis 18 Jahre
  - 19 bis 25 Jahre
  - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

## Besondere Bedingungen der Versicherung Sekunda

AMGA01-A7 – Ausgabe 01.10.2021

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Definitionen	<b>Art. 5</b>	Versicherte Leistungen
<b>Art. 2</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 6</b>	Umfang des Versicherungsschutzes
<b>Art. 3</b>	Aufnahmebedingungen	<b>Art. 7</b>	Prämienfestsetzung
<b>Art. 4</b>	Ende des Versicherungsschutzes und des Leistungsanspruchs	<b>Art. 8</b>	Pflichten der versicherten Person

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

### Art. 1 Definitionen

1. Hausarbeitsunfähigkeit  
Als Hausarbeitsunfähigkeit gilt jeder ganze oder teilweise Verlust der Fähigkeit der versicherten Person, diejenigen Haushaltstätigkeiten auszuführen, die vernünftigerweise von der Person verlangt werden können, sofern dieser Verlust auf eine physische oder psychische Beeinträchtigung zurückzuführen ist.
2. Hausarbeit  
Unter Hausarbeit versteht man alle für eine gute Haushaltsführung verlangten Arbeiten wie zum Beispiel Essensvorbereitung, Einkaufen, Unterhalt der Wohnung, Kinderbetreuung, Betreuung anderer Familienmitglieder oder die Führung der Familienbuchhaltung.

### Art. 2 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung Sekunda gewährt eine Entschädigung bei Hausarbeitsunfähigkeit infolge eines Unfalls.
2. Krankheit und Mutterschaft sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

### Art. 3 Aufnahmebedingungen

Alle Personen, die in der Schweiz Wohnsitz haben und das 18., aber noch nicht das 55. Altersjahr erreicht haben, können die Zusatzversicherung Sekunda abschliessen.

### Art. 4 Ende des Versicherungsschutzes und des Leistungsanspruchs

Zusätzlich zu den Kündigungsbedingungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVZ) enden die Versicherung Sekunda sowie der Leistungsanspruch

- am Ende des Monats, in dem die versicherte Person ihren 65. Geburtstag feiert
- bei Erschöpfung der Leistungsdauer

- mit der Kündigung des Versicherungsvertrags. Der Leistungsanspruch für einen laufenden Schadenfall bleibt vorbehalten.

### Art. 5 Versicherte Leistungen

Die Leistungen werden für alle Unfälle nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.

Die Versicherungsdeckung Sekunda untersteht der Summenversicherung.

1. Versicherter Betrag  
Der Versicherer leistet bei Hausarbeitsunfähigkeit eine Taggeldzahlung gemäss dem auf der Versicherungspolice festgelegten Betrag.
2. Leistungsanspruch
  - a. Die versicherte Taggeldentschädigung wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist ausgerichtet.
  - b. Die geschuldete Taggeldentschädigung wird monatlich für jeden Tag der Hausarbeitsunfähigkeit überwiesen (Sonn- und Feiertage eingeschlossen).
3. Arbeitsunfähigkeitsgrad
  - a. Das Taggeld wird gemäss der ärztlich bescheinigten Hausarbeitsunfähigkeit ausbezahlt.
  - b. Bei einer teilweisen Hausarbeitsunfähigkeit wird die Taggeldentschädigung proportional zum Hausarbeitsunfähigkeitsgrad ausbezahlt. Sie wird jedoch zu 100% gewährt, sofern die Hausarbeitsunfähigkeit 70% oder mehr beträgt. Bei einem Hausarbeitsunfähigkeitsgrad unter 25% besteht kein Leistungsanspruch.
4. Wartefrist
  - a. Die Wartefrist ist auf der Versicherungspolice angegeben.
  - b. Die Wartefrist ist auf jede Hausarbeitsunfähigkeit anwendbar, ausser wenn es sich um einen Rückfall handelt, der sich in einem Zeitraum von fünf Jahren nach dem versicherten Unfall ereignet, unter Vorbehalt der Anwendung der verbleibenden Wartefrist.

- c. Tage mit teilweiser Hausarbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage.
- 5. Dauer des Leistungsanspruchs
  - a. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Hausarbeitsunfähigkeit/en höchstens 365 Tage ausgerichtet.
  - b. Tage mit teilweiser Hausarbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage.
- 6. Begründung des Leistungsanspruchs
  - a. Der Taggeldanspruch wird basierend auf der von der versicherten Person ausgefüllten Unfallmeldung sowie auf dem vom Versicherer abgegebenen und zwingend vom Arzt ausgefüllten Formular des Arztzeugnisses festgelegt.
  - b. Bei einem ärztlichen Zwischenzeugnis überweist der Versicherer die versicherte Entschädigung bis zur Erstellung des Arztzeugnisses, höchstens jedoch bis zum Ende des laufenden Monats.
  - c. Falls die erste Konsultation mehr als drei Tage nach Beginn der Hausarbeitsunfähigkeit stattgefunden hat, behält sich der Versicherer das Recht vor, den Tag der besagten Konsultation als ersten Tag der Hausarbeitsunfähigkeit zu betrachten.

## **Art. 6 Umfang des Versicherungsschutzes**

1. Sind die Gesundheitsbeeinträchtigungen nur teilweise auf einen Unfall zurückzuführen, werden die Leistungen basierend auf dem Arztdossier oder einem Gutachten anteilmässig festgelegt.
2. Für Rückfälle und Folgen von Unfällen, die sich vor dem Vertragsabschluss ereigneten, werden keine Leistungen ausgerichtet.
3. Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Vertrags sind nicht versichert.

## **Art. 7 Prämienfestsetzung**

1. Die Prämien sind auf der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Prämien werden nach Geschlecht, Altersgruppe und versichertem Taggeld festgesetzt.

## **Art. 8 Pflichten der versicherten Person**

1. Die versicherte Person hat dem Versicherer die vollständige oder teilweise Hausarbeitsunfähigkeit innert 15 Tagen nach Beginn zu melden.
2. Jede Änderung des Hausarbeitsunfähigkeitsgrads muss dem Versicherer unverzüglich gemeldet werden.
3. Die versicherte Person muss ab Beginn der Hausarbeitsunfähigkeit einen in der Schweiz anerkannten Arzt konsultieren und seinen Anweisungen Folge leisten. Die versicherte Person verpflichtet sich, alles zu unterlassen, was ihre Genesung gefährden oder ihre Hausarbeitsunfähigkeit verlängern könnte.
4. Der Versicherer kann einen Case Manager beauftragen, die Hausarbeitsunfähigkeit zu beurteilen. Die versicherte Person ist verpflichtet, mit dem Case Manager zusammenzuarbeiten und ihm sämtliche Auskünfte zu erteilen.

## Besondere Bedingungen der Versicherung ProVista

IDGA02-A9 – Ausgabe 01.10.2021

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 8</b>	Befreiung von der Prämienzahlung bei Invalidität oder Tod des Familienoberhauptes
<b>Art. 2</b>	Unfallbedingte Verletzungen	<b>Art. 9</b>	Mitwirkung unfallfremder Ursachen
<b>Art. 3</b>	Aufnahmebedingungen	<b>Art. 10</b>	Selbstverschulden
<b>Art. 4</b>	Leistungsarten	<b>Art. 11</b>	Herabsetzung der Versicherungssummen
<b>Art. 5</b>	Leistungsanspruch	<b>Art. 12</b>	Festsetzung der Prämien
<b>Art. 6</b>	Leistungen im Invaliditätsfall		
<b>Art. 7</b>	Leistungen im Todesfall		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

### Art. 1 Zweck der Versicherung

ProVista deckt die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität oder Tod infolge Unfalls. Berufskrankheiten im Sinn des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind nicht gedeckt.

### Art. 2 Unfallbedingte Verletzungen

- Zusätzlich zu den Bestimmungen, die von den Allgemeinen Bedingungen für Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, werden auch folgende Fälle als Unfälle bezeichnet: Meniskusverletzungen, die frühestens zwei Jahre nach Versicherungsbeginn auftreten und erstmals behandelt werden, sowie die Folgen von Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich und die Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand. Ertrinken gilt als Unfall.
- Die Leistungen werden auch ausgerichtet für Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte im Rahmen von Therapie- und Untersuchungsmassnahmen erleidet, die mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

### Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann dieser Versicherung bis zum vollendeten 65. Altersjahr beitreten.

### Art. 4 Leistungsarten

- Der Versicherer erbringt folgende Leistungen:
  - ein Invaliditätskapital (Art. 6)
  - ein Todesfallkapital (Art. 7)
- Die Leistungen der Versicherung ProVista unterstehen der Summenversicherung.

### Art. 5 Leistungsanspruch

- Die versicherten Leistungen sind auf der Versicherungspolice angegeben.
- Die Vertragsleistungen werden für Unfälle ausgerichtet, die sich nach Inkraftsetzung der Versicherung ereignet haben.
- Die Ausrichtung der Leistungen setzt die Einreichung eines Arztzeugnisses, eines Totenscheins oder eines Erbscheins voraus. Es werden nur Originaldokumente angenommen.

### Art. 6 Leistungen im Invaliditätsfall (Kategorie I)

#### a. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital bezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und der Skala in Anhang A bestimmt.

#### b. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:

- Feste Invaliditätsgrade
 

Bei gänzlichem Verlust oder voller Gebrauchsunfähigkeit	
– beider Arme oder Hände, beider Beine und Füsse, eines Arms oder einer Hand und zugleich eines Beins oder eines Fusses	100%
– eines ganzen Arms	70%
– eines Unterarms oder einer Hand	60%
– eines Daumens	22%
– eines Zeigefingers	15%
– eines anderen Fingers	8%
– eines Beins oberhalb des Kniegelenks	60%
– eines Beins im Kniegelenk und unterhalb des Kniegelenks	50%
– eines Fusses	40%
– der Sehkraft beider Augen	100%

- der Sehkraft eines Auges 30%
  - der Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des anderen Auges vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war 70%
  - des Gehörs auf beiden Ohren 60%
  - des Gehörs auf einem Ohr 15%
  - des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war 45%
  - einer Niere 20%
  - der Milz 5%
  - des Geruchssinns 3%
  - des Geschmackssinns 3%
  - bei Verhinderung jeder Arbeitstätigkeit infolge Geistesstörung 100%
2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit dieser Körperteile oder Organe wird der Invaliditätsgrad verhältnismässig gekürzt.
  3. Sind gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrads, der höchstens 100% pro Unfall betragen kann, durch Addition der einzelnen Prozentsätze.
  4. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad entsprechend der Entschädigungsskala zur Bemessung der Integritätsschäden in Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sowie den Suva-Tabellen festgelegt. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.
  5. Wird die dauernde Invalidität infolge Unfalls durch vorbestehende Körpermängel erschwert, so kann die Entschädigung nicht höher sein als diejenige, die im Fall einer körperlich unversehrten Person ausgerichtet worden wäre. War der durch den Unfall betroffene Körperteil bzw. das Organ schon vorher teilweise oder ganz verstümmelt oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Festsetzung der Entschädigung der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen zu berechnende Invaliditätsgrad abgezogen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Ziffer 1 hiervoor betreffend den Verlust der Sehkraft und des Gehörs.
  6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermassen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurück-zuführen sind.
  7. Falls der Unfall einen schwerwiegenden und dauerhaften ästhetischen Schaden nach sich gezogen hat, der zwar kein Anrecht auf ein Invaliditätskapital im Sinn des vorstehenden Buchstabens a gibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten in gewissem Umfang beeinträchtigen könnte, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung von:
    - 10% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Entstellung das Gesicht betrifft
    - 5% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Entstellung andere Körperteile betrifft
 Die für derartige Schäden geschuldete Entschädigung ist auf Fr. 20'000.– pro Fall beschränkt.
  8. Der Invaliditätsgrad wird erst aufgrund des als voraussichtlich bleibend erkannten Zustands des Versicherten festgelegt, spätestens aber fünf Jahre nach dem Unfall.

#### c. Progression

Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, so wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.

Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, so werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

## Art. 7 Leistungen im Todesfall (Kategorie D)

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird das vereinbarte Todesfallkapital ausbezahlt. Die Anspruchsberechtigten sind:
  - a. der überlebende Ehegatte, bei dessen Fehlen
  - b. die Kinder zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
  - c. die anspruchsberechtigten Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens
2. In Abweichung von Artikel 7 Absatz 1 kann der Versicherungsnehmer jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer Begünstigte bestimmen oder ausschliessen (Artikel 37 Allgemeine Versicherungsbedingungen). Falls der/die genannte/-n begünstigte/-n Person/-en vorverstorben ist/sind, gelten die Bestimmungen von Artikel 7 Absatz 1.
3. Wurde die Ehe oder eingetragene Partnerschaft nach dem Unfall geschlossen, besteht der Anspruch nur dann, wenn das Ehe- oder Partnerschaftsversprechen vor dem Unfall veröffentlicht wurde oder wenn die Ehe oder Partnerschaft zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten mindestens zwei Jahre bestanden hat.
4. Sind keine Anspruchsberechtigten vorhanden, werden die Bestattungskosten übernommen, höchstens jedoch 10% der versicherten Todesfallsumme.
5. Für Kinder wird das auf der Versicherungspolice angegebene Kapital ausbezahlt, höchstens jedoch:
  - a. Fr. 2'500.– bevor das Kind zwei Jahre und sechs Monate alt ist
  - b. Fr. 20'000.– wenn das Kind zwischen zwei Jahre und sechs Monate und zwölf Jahre alt ist
6. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

## Art. 8 Befreiung von der Prämienzahlung bei Invalidität oder Tod des Familienoberhauptes

1. Für versicherte Kinder übernimmt der Versicherer bis zum vollendeten 15. Altersjahr die ganze Zahlung der periodischen Prämien, wenn das Familienoberhaupt mit einem Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am Folgetag nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbüchlein) beantragt werden.

## Art. 9 Mitwirkung unfallfremder Ursachen

Sind die Gesundheitsschäden nur zum Teil auf einen versicherten Unfall zurückzuführen, so werden die Leistungen auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens verhältnismässig festgesetzt.

## Art. 10 Selbstverschulden

Der Versicherer verzichtet auf eine Kürzung seiner Leistungen bei Unfällen, die auf eine Unvorsichtigkeit oder Grobfahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

## Art. 11 Herabsetzung der Versicherungssummen

- Nach Erreichen des vollendeten 70. Altersjahres sind die versicherten Summen auf folgende Beträge begrenzt:
  - im Todesfall auf Fr. 10'000.–
  - im Invaliditätsfall auf Fr. 30'000.–
- Die Versicherungssummen werden bei Erreichen der obenerwähnten Altersgrenze automatisch per 1. Januar herabgesetzt.

## Art. 12 Festsetzung der Prämien

- Die Prämien sind in der Versicherungspolice angegeben.
- Die Prämien werden nach Geschlecht, Altersgruppen und versicherten Kapitalbeträgen abgestuft.

## Anhang A

Invaliditätsgrad %	Entschädigung %	Invaliditätsgrad %	Entschädigung %	Invaliditätsgrad %	Entschädigung %	Invaliditätsgrad %	Entschädigung %
26	28	<b>45</b>	<b>85</b>	64	170	83	265
27	31	46	88	<b>65</b>	<b>175</b>	84	270
28	34	47	91	66	180	<b>85</b>	<b>275</b>
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
<b>35</b>	<b>55</b>	54	120	73	215	92	310
36	58	<b>55</b>	<b>125</b>	74	220	93	315
37	61	56	130	<b>75</b>	<b>225</b>	94	320
38	64	57	135	76	230	<b>95</b>	<b>325</b>
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

# 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

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

## Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

1. 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.
2. 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

1. **Versicherungsnehmer:** Natürliche Person, die den Vertrag oder die Versicherung abschliesst und sich zur Zahlung der Prämien verpflichtet (vor Vertragsabschluss: der Antragsteller)
2. **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).
3. **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.
4. **Versicherungspolice:** Versicherungsbestätigung oder -ausweis, die/der sämtliche abgeschlossene Deckungen zusammenfasst und die Rechten und Pflichten der beiden Parteien definiert.
5. **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.

6. **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.
7. **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.
8. **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 Invalider/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](http://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.