

Chubb Affinity – Professionals Protection

Kollektivversicherung nach VVG

Version 01.09.2020

CHUBB®

CHUBB®

Chubb Affinity – Professionals Protection

Kollektivversicherung nach VVG

CHUBB®

Kundeninformation nach Art. 3 VVG und Allg. Versicherungsbedingungen

Version 01.0.2020

Einleitung

Diese Kollektivversicherung dient der Absicherung von Unternehmen und deren Mitarbeitenden gegen den Einkommensausfall bei Unfalltod, Invalidität infolge Krankheit/Unfall und Berufsunfähigkeit.

Bei der nachfolgend beschriebenen Versicherung handelt es sich um eine Summenversicherung.

Der Versicherer ist die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (nachfolgend: «Chubb»), eine Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht mit Sitz an der Bärengasse 32 in 8001 Zürich.

Chubb als Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Chubb Affinity – Professionals Protection

Kollektivversicherung nach VVG

Kundeninformation nach Art. 3 VVG

Version 01.09.2020



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

anbei erhalten Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Wir verwenden aus Gründen der Lesbarkeit nur die männlichen Personen, die weibliche Form ist eingeschlossen.

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist:

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG

Bärengasse 32

CH-8001 Zürich

Die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (nachfolgend «Chubb» genannt) ist Teil der Chubb Group unter dem Holdingdach der Chubb Limited, mit Sitz in Zürich, die an der New York Stock Exchange (NYSE) börsennotiert ist. Folglich unterliegt Chubb, zusätzlich zu den Vorgaben der Schweiz sowie anderer nationaler Beschränkungen, gewissen US-amerikanischen Gesetzen und Bestimmungen, die es ihr möglicherweise untersagen, bestimmten natürlichen oder juristischen Personen Versicherungsschutz zu gewähren oder Zahlungen an diese zu leisten bzw. bestimmte Arten von Aktivitäten im Zusammenhang mit bestimmten Ländern wie z.B. dem Iran, Syrien, Nordkorea, Nordsudan und Kuba zu versichern.

2. Anwendbares Recht, Vertragsgrundlagen

Für diesen Versicherungsvertrag gilt Schweizer Recht. Vertragsgrundlagen bilden die Offerte bzw. die Versicherungspolice (nachfolgend «Police»), die Versicherungsbedingungen sowie die anwendbaren Gesetze, insbesondere das Schweizerische Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Nach Annahme der Offerte wird dem Versicherungsnehmer eine Police zugestellt.

3. Versicherte Risiken und Umfang des Versicherungsschutzes

Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Police und aus den Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Chubb Affinity – Professional Protection, Kollektivversicherung nach VVG).

Bitte beachten Sie folgende wichtige Ausschlüsse des Versicherungsschutzes (Liste nicht abschliessend):

- Schäden infolge Geisteskrankheiten, psychischen und neurotischen Erkrankungen sowie Depressionen
- Schäden infolge Trunkenheit (Blutalkoholgehalt von mehr als 0,8 ‰/100) bzw. Konsum von nicht verordneten Medikamenten oder Betäubungsmitteln
- Schäden infolge Schwangerschaft, Niederkunft und deren Komplikationen;

- Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen als Berufssportler oder als Amateur mit Anerkennung durch den entsprechenden Sportverband.
- Unfälle der versicherten Person bei der Ausübung von Gefahrensportarten. Diese sind z.B. Base-Jumping, Fullcontact-Wettkämpfe (bspw. Boxwettkämpfe), Karate-extrem (Zertrümmern von Back- oder Ziegelsteinen oder dicken Brettern mit Handkante, Kopf oder Fuss), Downhill-Biking-Rennen, Rollbrettabfahrten (sofern wettkampfmässig oder auf Geschwindigkeit betrieben), Ski-Geschwindigkeits-Rekordfahrten, Speedflying, Tauchen in einer Tiefe von mehr als 40 Metern, Hydrospeed / Riverboogie (Wildwasserfahrt bäuchlings auf Schwimmbob liegend) und andere Aktivitäten mit vergleichbarem Risiko.
- Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach Schweizer Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- Unfälle bei Flügen ausserhalb des reinen Passagiertransports. Dies beinhaltet Flüge zur Ausübung von beruflichen Tätigkeiten in der Luft z.B. Fotografie, Vermessung, Suche und Rettung, Fernseh- und Filmproduktion, Lehrflüge, medizinische Transporte, Flüge zu Bohrinseln, landwirtschaftliche Flüge, Bauwesen und Observierung/Patrouille;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Bitte beachten Sie ebenfalls, dass Leistungsfälle infolge Krankheit innerhalb der ersten 3 Monate nach Vertragsabschluss ausgeschlossen sind (Karenzfrist).

4. Höhe der Prämie

Die Höhe der Prämie hängt von den im Versicherungsvertrag versicherten Risiken und dem gewünschten Umfang der Versicherungsdeckung ab. Alle Angaben zur Prämie und zu allfälligen Gebühren entnehmen Sie der Police.

5. Anspruch auf Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Ablauf einer von den Parteien vereinbarten festen Versicherungsdauer aufgehoben, trifft Chubb die Pflicht der Rückerstattung für den auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallenden Prämienanteil.

6. Pflichten des Versicherungsnehmers

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bei Vertragsabschluss sind Chubb alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen, bekannten Tatsachen vollständig und wahrheitsgemäss mitzuteilen. Gefahrerheblich sind insbesondere die Tatsachen, auf welche die Fragen von Chubb gerichtet sind.

Gefahrsänderung

Ändert sich während der Vertragsdauer eine für die Beurteilung der Gefahr erhebliche Tatsache, deren Umfang die Parteien bei Vertragsabschluss festgestellt haben, hat der Versicherungsnehmer dies Chubb sofort schriftlich anzuzeigen.

Sachverhaltsermittlung

Bei Abklärungen zum Versicherungsvertrag, wie beispielsweise betreffend die Prüfung von Versicherungsleistungen, betreffend Gefahrserhöhungen oder Anzeigepflichtverletzungen hat der Versicherungsnehmer mitzuwirken und Chubb alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, diese bei Dritten zuhanden von Chubb einzuholen und Dritte, falls erforderlich, schriftlich zu ermächtigen, Chubb die entsprechenden Informationen, Unterlagen etc. auszuhändigen. Chubb ist zudem berechtigt, eigene Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen.

Anzeigepflicht im Schadensfall

Nach Eintritt eines Ereignisses, dessen Folgen die Versicherung betreffen können, hat der Versicherungsnehmer Chubb unverzüglich schriftlich Anzeige zu erstatten.

Diese Auflistung enthält nur die gebräuchlichsten Pflichten. Weitere Pflichten ergeben sich aus den Vertragsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen des VVG.

7. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag beginnt an dem Tag, der in der Police aufgeführt ist. Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt Chubb bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten Deckungszusage, resp. gemäss den gesetzlichen Bestimmungen. Der Versicherungsvertrag ist für die in der Police genannte Dauer abgeschlossen. Befristete Versicherungsverträge ohne Prolongationsklausel enden ohne weiteres an dem in der Police festgesetzten Tag.

Der Versicherungsnehmer kann sodann den Versicherungsvertrag durch Kündigung beenden:

- spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrages, bzw. sofern vereinbart 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei Chubb eintrifft. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich aufgrund der vereinbarten Prolongationsklausel jeweils stillschweigend um ein Jahr;
- nach jedem Versicherungsfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, spätestens 14 Tage seit Kenntnis von der durch Chubb geleisteten Auszahlung;
- wenn Chubb die Versicherungsprämien ändert; die Kündigung muss diesfalls spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei Chubb eintreffen, ansonsten die Prämienänderung als genehmigt gilt;
- wenn Chubb die gesetzliche Informationspflicht gemäss Art. 3 VVG verletzt haben sollte, wobei die Kündigung spätestens 4 Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung zu erfolgen hat, auf jeden Fall aber nach Ablauf eines Jahres seit der Pflichtverletzung.

CHUBB®

Chubb kann den Vertrag durch Kündigung beenden bzw. der Vertrag endet:

- spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrages bzw., sofern vereinbart, 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist beim Versicherungsnehmer oder dem von ihm beauftragten Versicherungsvermittler eintrifft. Wird der Vertrag durch Chubb nicht gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr;
- wenn erhebliche Gefahrstatsachen durch den Versicherungsnehmer beim Abschluss der Versicherung verschwiegen oder Chubb unrichtig mitgeteilt wurden; das Kündigungsrecht von Chubb erlischt 4 Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung der Anzeigepflicht.
- wenn der Versicherungsnehmer mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und Chubb darauf verzichtet hat, die Prämie einzufordern;
- wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsermittlung nicht nachkommt; diesfalls ist Chubb berechtigt, nach Ablauf einer schriftlich anzusetzenden vierwöchigen Nachfrist innert 2 Wochen rückwirkend vom Versicherungsvertrag zurückzutreten;
- wenn der Versicherungsnehmer unverzüglich eine eingetretene Gefahrserhöhung meldet. Das Rücktrittsrecht erlischt, wenn Chubb nicht innert 14 Tagen seit Erhalt der Mitteilung vom Vertrag zurücktritt. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige einer Gefahrserhöhung, ist Chubb an den Vertrag nicht mehr gebunden.
- im Falle eines Versicherungsbetrugs.

Die Auflistung der Möglichkeiten der Vertragsbeendigung ist nicht abschliessend. Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Vertragsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen des VVG.

8. Bearbeitung der Daten

Chubb bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt. Chubb kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften der Chubb Gruppe unter dem Holdingdach der Chubb zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann Chubb bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Der

Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Chubb über die Bearbeitung der ihn betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

CHUBB®

Chubb Affinity – Professionals Protection

Kollektivversicherung nach VVG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Version 01.01.2019

CHUBB®

Inhaltsverzeichnis

1. Vertragspartner	2
2. Anwendbares Recht, Vertragsgrundlagen	2
3. Versicherte Risiken und Umfang des Versicherungsschutzes	2
4. Höhe der Prämie	3
5. Anspruch auf Prämienrückerstattung	3
6. Pflichten des Versicherungsnehmers	3
7. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages	4
8. Bearbeitung der Daten	4
1. Zustandekommen der Versicherung und beteiligte Parteien	7
2. Was sind die vertraglichen Grundlagen?	7
3. Wo gilt die Versicherung?	7
4. Allgemeine Begriffsbestimmungen	7
5. Wer ist versichert?	8
6. Wie hoch ist das versicherte Kapital?	8
7. Wann beginnt und endet die Versicherung?	8
8. Welche Karenzfristen müssen beachtet werden?	9
9. Welche Einschränkungen oder Ausschlüsse des Versicherungsschutzes gelten?	9
10. Welche Obliegenheiten muss ich beachten?	10
11. Welche Leistungen werden erbracht?	10
12. Wie werden die Leistungsarten untereinander koordiniert?	12
13. Welche Regelungen gelten für ärztliche Berichte und Gutachten?	13
14. Leistungsvoraussetzungen	13
15. Wann sind die Leistungen fällig und an wen werden sie bezahlt?	14
16. Was muss ich in Bezug auf die Prämie beachten?	14
17. Was gilt bei Vertrags- und Prämienänderungen?	14
18. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	15
19. Welches Gericht ist zuständig?	15
20. Beauftragung eines Dritten	15
21. Was ist bei Streitigkeiten zu beachten?	15
22. An wen sind die Mitteilungen zu richten?	15
23. Wer ist Ihr Versicherer?	15

Der Versicherungsumfang

1. Zustandekommen der Versicherung und beteiligte Parteien

Die Kollektivversicherung der Chubb Versicherungen (Schweiz) AG, nachfolgend „der Versicherer“, bietet Versicherungsschutz (sofern vereinbart) bei:

- Unfalltod
- Invalidität infolge Krankheit und/oder Unfall
- Berufsunfähigkeit

2. Was sind die vertraglichen Grundlagen?

Vertragliche Grundlagen sind:

- die Police und allfällige Nachträge,
- der Versicherungsantrag und die in der Gesundheitsdeklaration aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person;
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) inklusive allfälliger besonderer Bedingungen (BB);
- das schweizerische Recht, insbesondere die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) sowie die Bestimmungen des Schweizerischen Obligationenrechts (OR).
- spezielle Abreden, sofern schriftlich in der Police erfasst.

3. Wo gilt die Versicherung?

- 3.1 Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt, mit nachfolgend aufgeführten Ausnahmen.
- 3.2 Sie erlischt jedoch zur nächsten Prämienfälligkeit, falls eine der versicherten Personen Ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland verlegt.

3.3 Grenzgängerregelung

Für versicherte Personen mit einer für die ganze Schweiz gültigen "Grenzgängerbewilligung EG/EFTA" (Angehörige von Staaten der EU-15/EFTA und von Malta und Zypern) gilt diese Leistungseinschränkung (Ziff. 3.2) nicht, solange sie ihren Wohnsitz in der ausländischen Grenzzone haben und sich in dieser Grenzzone aufhalten.

Als Grenzzone gelten die Regionen, die in den zwischen der Schweiz und ihren Nachbarstaaten abgeschlossenen Grenzgängerabkommen festgelegt sind.

4. Allgemeine Begriffsbestimmungen

- 4.1 Krankheit ist jede – vom Willen der versicherten Person unabhängige – Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit,

die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gelten als Krankheit.

- 4.2 Als Unfall gilt die plötzliche, 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.

Als Unfall gilt auch,

- wenn durch eine plötzliche erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmassen oder Wirbelsäule
 - o ein Gelenk verrenkt wird oder
 - o Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden;
- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Barotrauma), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann.

Unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten gemäss den Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sind den Unfällen gleichgestellt.

- 4.3 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.
- 4.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit infolge Unfall/Krankheit.
- 4.5 Berufsunfähigkeit ist die vollständige, dauernde und endgültige Unfähigkeit zur Ausübung des derzeitigen Berufs oder der in der Police bezeichneten spezifischen Tätigkeit infolge Unfall/Krankheit.
- 4.6 Als Arzt gilt, wer eidgenössisch diplomiert ist oder ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis besitzt sowie zur Berufsausübung in der Schweiz zugelassen ist.
- 4.7 Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind.

4.8 Als Ausland gelten alle Gebiete ausserhalb der Schweiz.

5. Wer ist versichert?

5.1 Versicherungsnehmer ist die in der Police aufgeführte natürliche oder juristische Person.

5.2 Als versichertes Unternehmen gelten der Versicherungsnehmer und die in der Police angeführten Gruppengesellschaften.

5.3 Versicherte Personen sind die nachfolgend aufgeführten Personen.

- 5.3.1 Arbeitnehmende sind versichert, sofern
- sie namentlich in der Police erwähnt sind
 - sie der Schweizer AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären und wenn sie das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht haben.

5.3.2 Selbständigerwerbende und Betriebsinhaber sind versichert, wenn sie namentlich in der Police aufgeführt sind und das 65. Altersjahr noch nicht vollendet haben.

5.4 Nicht versichert werden können:

- 5.4.1 das dem versicherten Unternehmen durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
- 5.4.2 Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind;
- 5.4.3 Personen, die bei Arbeitsaufnahme resp. Versicherungsbeginn das ordentliche AHV-Alter erreicht haben;
- 5.4.4 Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe, die nicht gleichzeitig als Arbeitnehmende im versicherten Unternehmen tätig sind.

6. Wie hoch ist das versicherte Kapital?

6.1 Bei Arbeitnehmenden ist ein in der Police aufgeführter Jahreslohn als einmalige Kapitaleistung versichert. Dieser darf den effektiven AHV Lohn bei Antragstellung nicht übersteigen.

6.2 Bei Selbständigerwerbenden und Betriebsinhabern ist maximal das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen versichert.

6.3 Die Versicherung gilt als Summenversicherung.

7. Wann beginnt und endet die Versicherung?

Beginn der Versicherung

7.1 Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers angegebenen Datum.

7.2 Der Vertrag verlängert sich bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und nach jedem

folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern keine fristgerechte Vertragskündigung erfolgt.

7.3 Für jeden Versicherten muss die Aufnahme in die Versicherung einzeln beantragt und vom Versicherer akzeptiert werden.

7.4 Für Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert werden sollen, ist eine Anmeldung einzureichen. Zur Prüfung des Risikos kann der Versicherer medizinische Auskünfte einholen oder eine ärztliche Untersuchung verlangen. Der Versicherungsschutz beginnt mit der schriftlichen Annahmeerklärung durch den Versicherer.

Ende der Versicherung

7.5 Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung dieses Kollektivversicherungsvertrages.

Der Kollektivvertrag endet:

- durch Kündigung,
- bei Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer,
- bei Verlegung des Geschäfts- oder Wohnsitzes des Versicherungsnehmers ins Ausland,
- bei Einstellung des Betriebes oder Handänderung.

7.6 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person

- mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienst des Versicherungsnehmers;
- bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters bzw. mit der Vollendung des 65. Altersjahres (60 Jahre für das Risiko der Berufsunfähigkeit infolge Unfall/Krankheit);
- mit dem Tod der versicherten Person oder
- mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Von dieser Einschränkung ausgenommen sind Grenzgänger gemäss Ziff. 3.3
- mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt.

Kündigung des Vertrags

7.7 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder durch den Versicherer erstmals auf Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und danach auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus beim Versicherer bzw. Versicherungsnehmer eingetroffen sein. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Erneuerungsdatum.

7.8 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn der Versicherer eine Entschädigung für einen Leistungsfall erbringt. Die

Kündigung muss schriftlich erfolgen und spätestens 14 Tage nach Kenntnis der letzten Auszahlung eines Leistungsfalles beim Versicherer eintreffen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer. Der Versicherer verzichtet auf dieses Kündigungsrecht.

- 7.9 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn der Versicherer die Versicherungsprämien ändert (Ziff. 17.1);
- 7.10 Der Versicherer kann im Falle eines versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrugs, Urkundenfälschung oder wenn eine Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss begangen wurde den Vertrag jederzeit kündigen.

8. Welche Karenzfristen müssen beachtet werden?

- 8.1 Der Versicherungsschutz tritt nach Ablauf einer Karenzfrist von 3 Monaten seit dem in der Police genannten Anfangsdatum in Kraft.
- 8.2 Diese Karenzfrist entfällt bei Unfällen oder akuter infektiöser Krankheit unter der Voraussetzung, dass die Infektion und erste ärztliche Feststellung erst nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrages erfolgte.
- 8.3 Die Karenzfrist findet bei laufendem Vertrag Anwendung:
- Bei neu versicherten Personen.
 - Bei jeder Ausdehnung oder Erhöhung des Versicherungsschutzes, sofern vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person verlangt für den erhöhten/ausgedehnten Teil des Versicherungsschutzes.
- 8.4 Die Deckung ist nicht gegeben, sofern die erste ärztliche Feststellung der Krankheit innerhalb der Karenzfrist erfolgt.
- 8.5 Der Versicherer kann durch spezielle Vereinbarung in der Police auf die Anwendung einer Karenzfrist verzichten.

9. Welche Einschränkungen oder Ausschlüsse des Versicherungsschutzes gelten?

Generelle Ausschlüsse

Bei Krankheiten, Unfällen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen erbracht:

- 9.1 (nur sofern Unfall nicht mitversichert) bei Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen, welche von der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), aus der Unfall-Zusatzversicherung dieses Vertrages oder einer anderweitigen privaten Unfallversicherung übernommen werden;
- 9.2 vor Inkrafttreten des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfälle und ärztlich festgestellten

Krankheiten, wenn sie bei Vertragsabschluss angegeben wurden und in der Police nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden.

- 9.3 bei Wagnissen;
- 9.4 bei Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen Schädigungen durch medizinische Behandlungen;
- 9.5 Leistungsfälle infolge
- 9.5.1 Geisteskrankheiten, psychischen und neurotischen Erkrankungen sowie Depressionen;
- 9.5.2 Trunkenheit (Blutalkoholgehalt von mehr als 0,8 ‰) bzw. Konsum von nicht verordneten Medikamenten oder Betäubungsmitteln;
- 9.5.3 Schwangerschaft, Niederkunft und deren Komplikationen;
- 9.5.4 von Operationen, die nicht medizinisch indiziert sind);
- 9.5.5 Abmagerungs- und Verjüngungsbehandlungen;
- 9.5.6 Rehabilitationsmassnahmen, sofern diese weder der funktionellen noch der motorischen Rehabilitation dienen
- 9.5.7 von Eingriffen, die die versicherte Person an sich selbst vornimmt, sowie Suizid und Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu, auch im Zustand der Urteilsunfähigkeit
- 9.6 Unfälle bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und/oder Vergehen sowie dem Versuch dazu;
- 9.7 mit dem Leistungsfall in Verbindung stehende Kosten jeglicher Art (z.B. medizinische Kosten)
- 9.8 für Folgen von kriegerischen Ereignissen
- 9.8.1 in der Schweiz;
- 9.8.2 im Ausland, es sei denn, versicherte Personen erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten und sie seien dort vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse überrascht worden.
- 9.9 Teilnahme an Terrorakten und kriegerischen Ereignissen;
- 9.10 im Militärdienst;
- 9.11 bei Teilnahme an Raufereien und Schlägereien ausser in Fällen von Notwehr oder in Erfüllung beruflicher Pflichten oder bei Hilfeleistung für eine sich in Gefahr befindliche Person;
- 9.12 infolge von Unruhen aller Art (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, die versicherte Person legt glaubhaft dar, dass sie nicht

auf Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegung beteiligt war;

- 9.13 infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- 9.14 Unfälle bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (auch Motorbooten) irgendwelcher Art sowie dem Training dazu
- 9.15 infolge Führen von Fahrzeugen ohne entsprechenden Fahrausweis
- 9.16 Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen als Berufssportler oder als Amateur mit Anerkennung durch den entsprechenden Sportverband.
- 9.17 Unfälle der versicherten Person bei der Ausübung von Gefahrensportarten. Diese sind z.B. Base-Jumping, Fullcontact-Wettkämpfe (bspw. Boxwettkämpfe), Karate-extrem (Zertrümmern von Back- oder Ziegelsteinen oder dicken Brettern mit Handkante, Kopf oder Fuss), Downhill-Biking-Rennen, Rollbrettabfahrten (sofern wettkampfmässig oder auf Geschwindigkeit betrieben), Ski-Geschwindigkeits-Rekordfahrten, Speedflying, Tauchen in einer Tiefe von mehr als 40 Metern, Hydrospeed / Riverboogie (Wildwasserfahrt bäuchlings auf Schwimmbob liegend) und andere Aktivitäten mit vergleichbarem Risiko.
- 9.18 Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach Schweizer Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - Unfälle bei Flügen ausserhalb des reinen Passagiertransports. Dies beinhaltet Flüge zur Ausübung von beruflichen Tätigkeiten in der Luft z.B. Fotografie, Vermessung, Suche und Rettung, Fernseh- und Filmproduktion, Lehrflüge, medizinische Transporte, Flüge zu Bohrinseln, landwirtschaftliche Flüge, Bauwesen und Observierung/Patrouille;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

10. Welche Obliegenheiten muss ich beachten?

- 10.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben bei Abklärungen zum Versicherungsvertrag wie z.B. betreffend Anzeigepflichtverletzungen, Gefahrserhöhungen, Leistungsprüfungen, etc. mitzuwirken und dem Versicherer alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zu geben, diese bei Dritten zu Händen des Versicherers einzuholen sowie Dritte schriftlich zu ermächtigen, dem Versicherer die entsprechenden Informationen, Unterlagen, etc. herauszugeben. Der Versicherer ist darüber hinaus berechtigt, eigene Abklärungen vorzunehmen.

10.2 Bei Vertragsabschluss

Die Bedingungen für den Versicherungsschutz und

die Tarife werden gemäss den Angaben des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person festgelegt. Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person hat alle Gefahrstatsachen anzugeben, welche ihm bekannt sind oder bekannt sein müssen und nach denen der Versicherer schriftlich gefragt hat.

10.3 Während der Vertragsdauer

Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person muss den Versicherer oder dessen Vertreter unverzüglich und schriftlich von wesentlichen Gefahrserhöhungen in Kenntnis setzen. Zu den wesentlichen Gefahrserhöhungen zählen insbesondere solche, die eine Situation schaffen, auf welche die bei Vertragsabschluss gemachten Angaben nicht mehr zutreffen.

Kommt der Anzeigepflichtige seiner Anzeigepflicht nicht nach, ist der Versicherer nach Ablauf einer schriftlich anzusetzenden Nachfrist von 4 Wochen berechtigt, innert 2 Wochen nach Ablauf der Nachfrist rückwirkend den Versicherungsvertrag aufzuheben.

10.4 Im Leistungsfall

Im Leistungsfall gelten weitere Obliegenheiten gemäss Ziff. 14.8 ff.

10.5 Kreis der Verpflichteten

Obliegenheiten für den Versicherungsnehmer gelten – auch wo nicht namentlich erwähnt – sinngemäss jeweils auch für die versicherte Person (z.B. Anzeige- und Auskunftspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer), den Anspruchsberechtigten sowie deren Stellvertreter, soweit sie nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch sind.

10.6 Verletzung der Obliegenheiten

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person die vertraglich oder gesetzlich gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten in nicht entschuldbarer Weise verletzt.

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer durch den Versicherer angeordneten Untersuchung, einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

11. Welche Leistungen werden erbracht?

11.1 Unfalltod

- 11.1.1 Stirbt eine versicherte Person innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, an den Folgen eines Unfalles, so zahlt der Versicherer die versicherte Summe an die nachfolgend definierte begünstigte Person.

11.1.2 Falls die versicherte Person durch schriftliche Erklärung an den Versicherer nichts anderes bestimmt hat, so gelten nacheinander und unter Ausschluss der jeweilig nachfolgenden Gruppe folgende Personen als begünstigt:

- der hinterbliebene Ehegatte oder der eingetragene Partner;
- der überlebende Partner, der mit der versicherten Person in den letzten fünf Jahre vor dem Tod ununterbrochen am selben Wohnsitz gemeldet war und mit diesem eine eheähnliche Lebensgemeinschaft geführt hat;
- die Kinder;
- die Eltern;
- die Grosseltern;
- die Geschwister und bei deren Vorversterben deren Kinder.

Höhe der Leistung

11.1.3 Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt.

11.2 Invaliditäts-Kapitalleistung infolge Krankheit

11.2.1 Tritt als Folge einer Krankheit innerhalb von 2 Jahren, vom Krankheitstag an gerechnet, eine voraussichtlich lebenslängliche Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) ein, so erbringt der Versicherer die nachfolgend bestimmte Leistung.

Höhe der Leistung

11.2.2 Die Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung richtet sich nach dem Invaliditätsgrad, dem Leistungsfaktor (siehe Ziff. 11.2.10) und der vereinbarten Versicherungssumme.

11.2.3 Invaliditätsgrade bis 33% ergeben keinen Leistungsanspruch.

11.2.4 Die Invaliditäts-Kapitalleistung errechnet sich durch Multiplikation des Leistungsfaktors mit der vereinbarten Versicherungssumme.

Grundlagen für die Berechnung des Invaliditätsgrades

11.2.5 Bei Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschliesslich die Invaliditätsgrade gemäss ärztlichem Gutachten nach Massgabe der Gliedertaxe gemäss Anhang 1.

Bei Teilverlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

11.2.6 Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht nach Gliedertaxe bestimmen, so wird er aufgrund der bleibenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung in Anlehnung an die Gliedertaxe gemäss Anhang 1 bestimmt. Dabei

sind ausschliesslich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

11.2.7 Waren durch die Krankheit betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen schon vorher teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

11.2.8 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch die Krankheit beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

11.2.9 Die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber 2 Jahre nach Beginn der Krankheit.

Leistungsfaktor

11.2.10 Der krankheitsbedingte Invaliditätsgrad ergibt den Leistungsfaktor gemäss nachfolgender Tabelle.

Inv.grad	Leistungsfaktor	Inv.grad	Leistungsfaktor
bis 33%	0%	50%	52%
34%	3%	51%	55%
35%	6%	52%	58%
36%	9%	53%	61%
37%	12%	54%	64%
38%	15%	55%	67%
39%	18%	56%	70%
40%	21%	57%	73%
41%	24%	58%	76%
42%	27%	59%	79%
43%	30%	60%	82%
44%	33%	61%	85%
45%	36%	62%	88%
46%	39%	63%	91%
47%	42%	64%	94%
48%	45%	65%	97%
49%	48%	ab 66%	100%

11.3 Invaliditäts-Kapitalleistung infolge Unfall

11.3.1 Tritt als Folge eines Unfalls innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, eine voraussichtlich lebenslängliche Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) ein, so erbringt der Versicherer die nachfolgend bestimmte Leistung.

Höhe der Leistung

11.3.2 Die Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung richtet sich nach Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme.

Grundlagen für die Berechnung des Invaliditätsgrades

11.3.3 Bei Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschliesslich die Invaliditätsgrade gemäss ärztlichem Gutachten nach Massgabe der Gliedertaxe gemäss Anhang 1.

Bei Teilverlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

11.3.4 Der Beruf oder die Tätigkeit der versicherten Person und die effektive Einkommenseinbusse werden bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt.

11.3.5 Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht nach der Gliedertaxe gemäss Anhang 1 bestimmen, so wird er aufgrund der bleibenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung in Anlehnung an die Gliedertaxe gemäss Anhang 1 bestimmt. Dabei sind ausschliesslich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

11.3.6 Waren durch den Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen schon vorher teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

11.3.7 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

11.3.8 Die Folgen eines Schädel- oder Hirntraumas begründen ohne die Existenz medizinisch feststellbarer Läsionen einen Invaliditätsgrad von höchstens 5 %.

11.3.9 Die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber zwei Jahre nach dem Unfall.

11.3.10 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

11.4 Berufsunfähigkeits-Kapitalleistung infolge Krankheit und Unfall

11.4.1 Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles oder Krankheit vollständig und dauerhaft berufsunfähig oder kann sie die in der Police genannten spezifischen Tätigkeiten nicht mehr ausüben, so erbringt der Versicherer die nachfolgend bestimmte Leistung.

11.4.2 Es ist erforderlich, dass die versicherte Person am Tag des Schadeneintritts diesen Beruf oder die in der Police genannte spezifische Tätigkeit als Haupterwerbstätigkeit ausübt. Als Haupterwerbstätigkeit gilt diejenige Tätigkeit, aus der die versicherte Person mindestens 75 % ihres Erwerbseinkommens erzielt.

Höhe der Leistung

11.4.3 Die Höhe der Berufsunfähigkeits-Kapitalleistung entspricht der vereinbarten Versicherungssumme.

11.4.4 Die Berufsunfähigkeits-Kapitalleistung wird nur bei vollständiger Berufsunfähigkeit entrichtet. Eine teilweise Berufsunfähigkeit ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

Grundlagen für die Bestimmung der Berufsunfähigkeit

11.4.5 Die vollständige, dauernde und endgültige Unfähigkeit zur Ausübung des Berufs oder der in der Police bezeichneten spezifischen Tätigkeit wird durch ein ärztliches Gutachten festgestellt (der Gutachter kann dazu einen Experten aus dem Berufszweig der versicherten Person beziehen).

11.4.6 Die Feststellung erfolgt nach Abschluss der Konsolidierungsphase, spätestens jedoch zwei Jahren nach Beginn der Berufsunfähigkeit. Die tatsächlich bestehende funktionelle Unfähigkeit für die Haupterwerbstätigkeit oder für die versicherte spezifische Tätigkeit, die normalen Ausübungsbedingungen sowie die Möglichkeiten der Wiedereingliederung und Rehabilitation in die Haupterwerbstätigkeit oder die versicherte spezifische Tätigkeit sind in die Beurteilung einzubeziehen.

12. Wie werden die Leistungsarten untereinander koordiniert?

12.1 Die Leistungsarten gemäss 11.1-11.4 sind nicht kumulierbar. Es wird je Leistungsfall nur eine Leistungsart erbracht.

Einschränkungen:

12.2 Besteht gleichzeitig eine Invalidität und eine Berufsunfähigkeit, wird die höhere der beiden Versicherungsleistungen ausgerichtet.

Wurde die niedrigere Versicherungsleistung zuerst ausgezahlt (z.B. Kapitalleistung für Berufsunfähigkeit) und es ergibt sich später ein Anspruch auf eine höhere

Versicherungsleistung (z.B. Kapitaleistung infolge Invalidität), wird lediglich die Differenz ausbezahlt.

Wurde der versicherten Person als Folge eines Unfalls die Invaliditäts- Kapitaleistung oder Berufsunfähigkeits-Kapitaleistung ausbezahlt und verstirbt die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall als Folge des Unfalls, richtet der Versicherer der begünstigten Person lediglich die Differenz zwischen der ausbezahlten Kapitaleistung und der im Todesfall vorgesehenen Kapitaleistung aus (falls diese grösser ist).

13. Welche Regelungen gelten für ärztliche Berichte und Gutachten?

- 13.1 Ärztliche Berichte und Gutachten müssen von einem in der Schweiz ansässigen und zugelassenen Arzt ausgestellt werden.
- 13.2 Die Feststellung der medizinischen Konsequenzen der Krankheiten oder Unfälle erfolgt durch einen vom Versicherer oder dessen Vertreter bezeichneten Arzt.
- 13.3 In jedem Fall, in welchem die Versicherungsbedingungen bestimmen, dass die Versicherungsleistungen gemäss Gliedertaxe festgelegt werden, gelten die folgenden Grundsätze:
- Die ärztlich festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen müssen unmittelbar und ausschliesslich Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit sein.
 - Eine ästhetische Beeinträchtigung gilt in keinem Fall als bleibende Invalidität.
 - Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
 - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Falle von Berufsunfähigkeit der Prozentsatz der Berufsunfähigkeit,
 - bei Todesfall die Todesfall-Leistung
 entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- 13.4 Besteht zwischen dem Versicherungsnehmer und/oder der versicherten Person einerseits und dem Versicherer andererseits über die Ursachen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls keine Einigkeit, bestimmt jede Partei einen Gutachter. Im Falle der Uneinigkeit zwischen den Gutachtern, ernennen diese zum Entscheid einen Schiedsgutachter. Im Falle einer Uneinigkeit über diese Ernennung wird der Schiedsgutachter auf Verlangen einer Partei durch den Präsidenten des kantonale zuständigen Gerichts am Wohnsitz des Versicherungsnehmers bestimmt. Die tatsächlichen Feststellungen des Schiedsgutachters sind für die Parteien bindend. Jede Partei übernimmt die Kosten für ihren Gutachter, und sofern notwendig, die Hälfte der Kosten des Schiedsgutachters.

14. Leistungsvoraussetzungen

Anmeldung eines Leistungsfalls

- 14.1 Nach einem Unfall oder einer Krankheit, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich
- einen Arzt hinzuziehen und
 - seine Anordnungen befolgen.
- 14.2 Der Versicherer ist innerhalb von vierzehn (14) Tagen unter Angabe aller Einzelheiten von einem Unfall zu unterrichten.
- 14.3 Eine vom Versicherer zur Verfügung gestellte Schadenanzeige muss die versicherte Person vollständig und wahrheitsgemäss ausfüllen und innerhalb von vierzehn (14) Tagen zurücksenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte und Nachweise sind innerhalb von achtundzwanzig (28) Tagen zu erteilen.
- 14.4 Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschliesslich eines dadurch entstandenen Verdienstaufhalles trägt der Versicherer.
- 14.5 Die versicherte Person verpflichtet sich mit Vertragsabschluss Ärzte (auch solche, welche die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht haben), andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden im Bedarfsfall zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sollte hierzu im Einzelfalle eine schriftliche Ermächtigung notwendig sein, so erklärt sich die versicherte Person mit deren Unterzeichnung einverstanden.
- 14.6 Die versicherte Person hat darauf hinzuwirken, die angeforderten Berichte und Gutachten schnellstmöglich einzureichen.
- 14.7 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Dem Versicherer ist, soweit zumutbar und zur Abklärung der Leistungspflicht erforderlich, das Recht einzuräumen, eine Obduktion durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Obliegenheiten im Schadenfall

- 14.8 Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer Einsicht in die Geschäftsbücher und allfällige Belege zu gewähren, sofern dies für die Abklärung des Schadenfalls notwendig ist.
- 14.9 Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere

vermeidet die versicherte Person alles, was den Heilungsverlauf gefährdet oder die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit verzögert.

14.10 Die versicherte Person leistet Anordnungen des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals Folge. Ausserdem ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von ihm als nötig erachteten zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen oder Begutachtungen zu unterziehen.

14.11 Der Versicherer ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse und Berichte, zu verlangen. Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte werden lediglich akzeptiert, sofern diese in Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch verfasst sind.

15. Wann sind die Leistungen fällig und an wen werden sie bezahlt?

15.1 Die Versicherungsleistungen werden nach vier (4) Wochen fällig, nachdem der Versicherer alle Angaben und ärztlichen Berichte und Zeugnisse erhalten hat, um sich von der Richtigkeit und vom Umfang des Anspruchs überzeugen zu können.

15.2 Die Leistungsauszahlung erfolgt einmalig.

15.3 Die Leistungsauszahlungen erfolgen, wo nicht etwas anderes vereinbart ist, an den Versicherungsnehmer. Vorbehalten bleibt das selbständige Forderungsrecht der versicherten Personen im Sinne von Art. 87 VVG.

15.4 Dem Versicherungsnehmer werden die der Quellensteuer unterliegenden Leistungen ungekürzt überwiesen. Dieser hat für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer zu sorgen.

16. Was muss ich in Bezug auf die Prämie beachten?

Prämiengrundlage

16.1 Die Prämie für jede versicherte Person wird gestützt auf die Angaben des Antrages, den vereinbarten Versicherungsschutz sowie das Alter der versicherten Person berechnet.

16.2 Die Prämien für den Krankenversicherungstarif werden nach folgenden Altersgruppen festgesetzt :

- 18 – 35 Jahre
- 36 – 45 Jahre
- 46 – 50 Jahre
- 51 – 55 Jahre
- 56 – 60 Jahre

16.3 Bei jedem Übertritt der versicherten Person in eine neue Altersgruppe wird die Prämie der neuen Altersgruppe angepasst, um der Prämie der neuen Altersgruppe zu entsprechen.

Prämienzahlung

16.4 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet.

16.5 Bei Ratenzahlung kann der Versicherer einen Zuschlag erheben.

Rückerstattung der Prämie

16.6 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die auf das nicht abgelaufene Versicherungsjahr entfallende Prämie zurück. Bei Saldi unter CHF 20.- erfolgt keine Nachbelastung bzw. Rückerstattung.

16.7 Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als ein Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer den Vertrag gekündigt hat.

Zahlungsverzug

16.8 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten.

16.9 Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Fordert der Versicherer die ausstehende Prämie samt Nebenkosten nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich ein, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Verträge zurücktritt.

17. Was gilt bei Vertrags- und Prämienänderungen?

17.1 Kommunikation der Änderung

Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern bis spätestens 30 Tage vor Ende des Versicherungsjahres allfällige Vertrags- und Prämienänderungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

17.2 Änderung des Prämiensatzes auf Grund Leistungsverlauf

Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien aufgrund des kollektiven Leistungsverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die zwei bis vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe aus Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) im Verhältnis zur Prämie mehr als 50% kann der Versicherer die

Prämiensätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.

17.3 Änderung des Prämiensatzes auf Grund der Änderung der Versichertenstruktur

Der Versicherer kann die Prämiensätze der allfällig veränderten Zusammensetzung des Versichertenbestandes (Alter und Geschlecht) anpassen.

17.4 Änderungen des Prämiensatzes auf Grund von Altersgruppen

Die Prämiensätze können an die für das aktuelle Lebensalter der versicherten Personen geltenden Tarife gemäss den in Ziff. 16.2 erwähnten Altersgruppen angepasst werden.

18. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb zweier (2) Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

19. Welches Gericht ist zuständig?

Für Streitigkeiten aus dem Vertrag erkennt der Versicherer den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnortes des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten an.

20. Beauftragung eines Dritten

Wird ein Dritter (z. B. Broker/Makler) vom Versicherungsnehmer beauftragt und bevollmächtigt, ist der Versicherer berechtigt, die Korrespondenz (Anfragen, Anzeigen, Deklarationen, Willenserklärungen etc.) vom beauftragten Dritten entgegenzunehmen und diesem zuzustellen.

Ist die Wirksamkeit einer Leistung oder Erklärung vom Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer von der Einhaltung einer Frist abhängig, so gilt diese mit Eingang beim beauftragten Dritten als gewahrt. Erklärungen und Mitteilungen vom Versicherungsnehmer, vertreten durch den beauftragten Dritten, gelten erst mit Eingang beim Versicherer als zugegangen.

21. Was ist bei Streitigkeiten zu beachten?

Gerne kümmert sich die Chubb Beschwerdestelle persönlich um Ihr Anliegen.

Sie erreichen diese unter

Tel: +41 (0) 43 456 75 75 oder

per E-Mail yourfeedback.ch@chubb.com

22. An wen sind die Mitteilungen zu richten?

Sofern kein Dritter beauftragt:

Alle Ihren Versicherungsvertrag bestimmten Anzeigen und Mitteilungen sowie Schadenmeldungen richten Sie bitte an

Boss Insurance Services SA
Place Coquillon 2
Case postale 1816
CH-2001 Neuchâtel 1

Tel. 032 751 22 22

Fax 032 751 52 88

E-Mail : info@boss-insurance.ch

23. Wer ist Ihr Versicherer?

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Bärengasse 32
8001 Zürich

Chubb Affinity – Professionals Protection

Kollektivversicherung nach VVG

Anhang 1

Die Version 01.09.2020

Gliedertaxe B3

Gliedertaxe Dauerhafte Invalidität B3

I- Kopf		Prozentsatz	Rechts	Links
Völlige unheilbare Demenz, die jegliche Arbeitsfähigkeit bzw. Berufsausübung unmöglich macht		100%	100%	100%
Vollständige Fixierung nach Schädelbruch, je nach Ausdehnung und funktionalen Auswirkungen:				
a/ Ausdehnung von mind. 7 cm ²		70 bis 100%		
b/ Ausdehnung von 2 bis 6 cm ²		15 bis 70%		
Generalisierte posttraumatische Epilepsie mit mehreren Anfällen pro Woche		80 bis 100%		
Generalisierte posttraumatische Epilepsie mit gelegentlichen Anfällen		30 bis 80%		
Vollständiger Verlust beider Augen oder ihrer Sehkraft		100%		
Vollständiger Verlust eines Auges (Enukleation)		90%		
Verlust der Sehkraft eines Auges oder Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf weniger als 1/20 (die Sehschärfe wird stets mit Korrektur gemessen)		80%		
Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf 1/10		50%		
Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf 2/10		40%		
Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf 3/10		30%		
Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf 4/10		25%		
Verringerung der Sehschärfe eines Auges auf 5/10		10%		
Verringerung der Sehschärfe jedes Auges auf weniger als 5/10: Der Invaliditätsgrad des am stärksten betroffenen Auges erhöht sich um das Doppelte des Invaliditätsgrades des anderen Auges, wobei nicht mehr als 100 % berücksichtigt werden.				
Unheilbare vollständige Taubheit auf beiden Ohren		100%		
Unheilbare vollständige Taubheit auf einem Ohr		55%		
Ober- oder Unterkieferfraktur mit Beeinträchtigung der Kaufähigkeit, Schwierigkeiten beim Öffnen des Mundes usw.		15 bis 60%		
Verlust aller Zähne des Ober- oder Unterkiefers Zahnprothese nicht möglich		50%		
II- Gliedmassen		Prozentsatz		
A	Gebrechen an beiden Gliedmassen			
	Verlust beider Arme oder beider Hände oder vollständiger Verlust ihrer Funktionsfähigkeit	100%		
	Verlust beider Beine oder beider Füße oder vollständiger Verlust ihrer Funktionsfähigkeit	100%		
	Verlust eines Armes oder einer Hand oder eines Beins oder eines Fusses oder vollständiger Verlust ihrer Funktionsfähigkeit	100%		
B	Gebrechen an den oberen Gliedmassen		Rechts	Links
(Die Prozentsätze gelten in umgekehrter Reihenfolge für Linkshänder)				
	Verlust eines Arms oder dessen Funktionsunfähigkeit	100%	100%	
	Vollständige Gelenkversteifung einer oberen Gliedmasse	100%	100%	
	Ellenbogenexartikulation	100%	100%	
	Vollständiger Verlust der Funktionsfähigkeit der Schulter	100%	100%	
	Einschränkung der Schulterbeweglichkeit	15 bis 80%	12 bis 70%	
	Vollständige Versteifung des Ellenbogens in günstiger Stellung (70° bis 110°)	40 bis 70%	30 bis 55%	
	Vollständige Versteifung des Ellenbogens in ungünstiger Stellung	100%	80%	
	Nicht konsolidierte Armfraktur (Pseudarthrose ohne Möglichkeit einer operativen Korrektur)	100%	100%	
	Nicht konsolidierte Fraktur des Unterarms (Pseudarthrose ohne Möglichkeit einer operativen Korrektur):			
	an zwei Knochen	60 bis 100%	50 bis 100%	
	an einem Knochen	40 bis 100%	30 bis 100%	
	Unterarmfraktur mit teilweisem Beweglichkeitsverlust des Handgelenks	30% bis 80%	22 bis 70%	
	Vollständiger Verlust der Beweglichkeit des Handgelenks mit mehr oder weniger starker Steifheit der Finger	60 bis 100%	50 bis 100%	
	Vollständige Lähmung einer oberen Gliedmasse	100%	100%	
	Vollständige Axillarlähmung	80%	80%	
	Vollständige Lähmung des Mittelnerven im Arm	100%	100%	
	Vollständige Lähmung des Mittelnerven im Handgelenk	50%	50%	
	Vollständige Lähmung des Ellenbogens	100%	100%	
	Vollständige Radialislähmung	100%	100%	
	Radialislähmung unterhalb der Triceps-Gabelung	100%	100%	
III - Wirbelsäule			Taux	
Schwere Fraktur mit der Folge einer vollständigen Lähmung der unteren Gliedmassen und Schliessmuskel-Funktionsstörungen			100%	
Fraktur eines Wirbelkörpers ohne neurologische Begleitverletzungen			30 bis 60%	
IV - Thorax			Taux	
Fraktur des Brustbeins			8 bis 30%	
Fraktur der Rippen je nach Anzahl und Folgen			3 bis 40%	
Starke Beeinträchtigung der Lungenfunktion			80%	
Schwerwiegender Nierenschaden			70%	
V - Becken			Taux	
Frakturen mit Folgeschäden je nach funktionaler Beeinträchtigung			5 bis 75%	
Amputation der ganzen Hand (Exartikulation Radiokarpalgelenk)			100%	100%
Amputation des ganzen Daumens			100%	100%
Amputation des ganzen Zeigefingers			100%	100%
Amputation des ganzen Mittelfingers			100%	100%
Amputation des ganzen Ringfingers			50%	40%
Amputation des ganzen kleinen Fingers			50%	40%
Amputation des ganzen Endglieds des Daumens			80%	70%
Amputation des ganzen Endglieds des Zeigefingers			50%	40%
Amputation des ganzen Endglieds des Mittelfingers			40%	30%
Amputation des ganzen Endglieds des Ringfingers			20%	15%
Amputation des ganzen Endglieds des kleinen Fingers			15%	12%
Vollständige Gelenkversteifung des Daumens, der Finger berechtigt zur Beanspruchung der für den Verlust der Glieder festgelegten Entschädigung				
C Infirmité portant sur les membres inférieurs				
Hüftexartikulation			100%	
Versteifung der Hüfte in ungünstiger Stellung (Flexion-Abduktion oder Adduktion)			100%	
Versteifung der Hüfte in günstiger Stellung			70%	
Amputation des Oberschenkels im oberen Drittel			100%	
Amputation des Oberschenkels unterhalb des oberen Drittels			85%	
Exartikulation des Kniegelenks			85%	
Versteifung des Kniegelenks in ungünstiger Stellung			50 bis 70%	
Versteifung des Kniegelenks in günstiger Stellung			50%	
Amputation eines Unterschenkels (je nach Höhe)			60 bis 70%	
Amputation eines ganzen Fusses			60%	
Teilamputation eines Fusses			50%	
Amputation der fünf Zehen			40%	
Amputation der grossen Zehe			20%	
Amputation einer weiteren der anderen 4 Zehen			4%	
Amputation der 5. Zehe einschliesslich ihres Mittelfussknochens			15%	
Avitale Pseudoarthrose des Ober- oder Unterschenkels weder operierbar noch mit Hilfsmitteln versorgbar			100%	
Pseudarthrose des Ober- oder Unterschenkels, mit Hilfsmitteln versorgbar			40% bis 70%	
Nicht konsolidierte Patellafraktur mit erheblicher Verschiebung der Bruchstücke			60%	
Oberschenkelhalsbruch je nach Verkürzung und Funktionsstörung			25 bis 80%	
Verkürzung der unteren Gliedmasse:				
- um mehr als 5 cm			20 bis 40%	
- um 3 bis 5 cm			6 bis 20%	
Vollständige Lähmung der unteren Gliedmasse			100%	
Vollständige Lähmung des Ischiasnervs			65%	
Vollständige Lähmung des Oberschenkelnervs			65%	
Vollständige Lähmung des Nervus fibularis communis (gemeinsamer Wadenbeinnerv)			40%	
Vollständige Lähmung des Nervus tibialis (Schienbeinnerv)			30%	
Vollständiger Beweglichkeitsverlust des Sprunggelenks (vollständige Versteifung):				
- in günstiger Stellung			12%	
- in ungünstiger Stellung			12 bis 30%	

Invaliditätsgrad	Leistung in Prozent des versicherten Kapitalbetrags		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
%	%	%	%
26	26	27	28
27	27	29	31
28	28	31	34
29	29	33	37
30	30	35	40
31	31	37	43
32	32	39	46
33	33	41	49
34	34	43	52
35	35	45	55
36	36	47	58
37	37	49	61
38	38	51	64
39	39	53	67
40	40	55	70
41	41	57	73
42	42	59	76
43	43	61	79
44	44	53	82
45	45	65	85
46	46	67	88
47	47	69	91
48	48	71	94
49	49	73	97
50	50	75	100
51	51	78	105
52	52	81	110
53	53	84	115
54	54	87	120
55	55	90	125
56	56	93	130
57	57	96	135
58	58	99	140
59	59	102	145
60	60	105	150
61	61	108	155
62	62	111	160

Invaliditätsgrad	Leistung in Prozent des versicherten Kapitalbetrags		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
63	63	114	165
64	64	117	170
65	65	120	175
66	66	123	180
67	67	126	185
68	68	129	190
69	69	132	195
70	70	135	200
71	71	138	205
72	72	141	210
73	73	144	215
74	74	147	220
75	75	150	225
76	76	153	230
77	77	156	235
78	78	159	240
79	79	162	245
80	80	165	250
81	81	168	255
82	82	171	260
83	83	174	265
84	84	177	270
85	85	180	275
86	86	183	280
87	87	186	285
88	88	189	290
89	89	192	295
90	90	195	300
91	91	198	305
92	92	201	310
93	93	204	315
94	94	207	320
95	95	210	325
96	96	213	330
97	97	216	335
98	98	219	340
99	99	222	345
100	100	225	350