Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Krankheit

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 01.2026

Inhaltsverzeichnis

I	**Grundlagen der Versicherung**	**2**
1	Zweck und Inhalt der Versicherung	2
2	Vertragsgrundlagen	2
3	Versicherungsbedingungen (AVB)	2
4	Männliche und weibliche Form	2
5	Versicherungsjahr	2
6	Altersbestimmung	2
7	Aufnahme in die Versicherung	2
8	Begriffsbestimmungen	2
II	**Allgemeine Bedingungen**	**2**
9	Beginn des Versicherungsschutzes	2
10	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
III	**Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**	**3**
11	Antragsstellung	3
12	Beginn und Dauer der Versicherung, Kündigung	3
13	Änderung der Versicherung	3
14	Sistierung der Versicherung	3
15	Beendigung der Versicherung	3
IV	**Leistungen**	**3**
16	Leistungsüberblick	3
17	Höhe der Versicherungssummen	3
18	Todesfallkapital	3
19	Invaliditätskapital	4
20	Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades	4
21	Abstufung des Invaliditätskapitals	4
22	Deckung bei Resterwerbsfähigkeit	4
23	Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades	4
24	Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen	4
25	Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen	5
26	Umschulungskosten	5
27	Prüfung des Versicherungsanspruches	5
28	Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
V	**Pflichten des Versicherungsnehmers**	**5**
29	Anzeigepflicht/Gesundheitsprüfung	5
30	Verhalten im Leistungsfall	5
31	Mitteilungspflicht	5
32	Mitwirkungspflicht	5
33	Folgen bei vertragswidrigem Verhalten	6
VI	**Prämien**	**6**
34	Prämienberechnung	6
35	Tarifaltersgruppen	6
36	Prämienanpassung	6
37	Tarifanpassung	6
38	Mahnung und Zahlungsverzug	6
VII	**Kundendaten und Datenschutz**	**6**
39	Datenschutz	6
40	Auskunftsrecht	6
VIII	**Schlussbestimmungen**	**6**
41	Erfüllungsort	6
42	Gerichtsstand und anwendbares Recht	6

Rechtsträger: CSS Lebensversicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern

I Grundlagen der Versicherung

1 Zweck und Inhalt der Versicherung

Zweck der vorliegenden Versicherung ist der Schutz der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität durch Krankheit. Diese Versicherung ist eine Summenversicherung, d.h. bei Eintritt des versicherten Ereignisses wird die in der Police aufgeführte Versicherungssumme ausbezahlt. Die Höhe der Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit ist vom ermittelten Grad der Erwerbsunfähigkeit abhängig.

2 Vertragsgrundlagen

Die Grundlagen dieses Vertrages bilden der Versicherungsvertrag (bestehend aus dem Versicherungsantrag, der Police, den vorliegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB sowie die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG) zwischen der CSS Lebensversicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern (nachfolgend Versicherer genannt) und der versicherten Person. Die Änderungen der VVG-Revision vom 19.06.2020 gelten auch für Verträge, die vor dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden. Ausgenommen hiervon sind die Schulden der versicherten Person. Diese verjähren weiterhin nach zwei Jahren.

3 Versicherungsbedingungen (AVB)

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umschreiben die Rechte und Pflichten der versicherten Person bzw. von deren Anspruchsberechtigten. Wird in den AVB die schriftliche Form verlangt, genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht. Wird bei einer Mitteilung kein Formerfordernis angeführt, kann diese auch mündlich erfolgen.

4 Männliche und weibliche Form

Der Versicherer bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der männlichen und weiblichen Schreibweise erfolgt aufgrund der besseren Lesbarkeit.

5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember.

6 Altersbestimmung

Das für die Prämie massgebende Alter (Effektivalter) der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

7 Aufnahme in die Versicherung

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt grundsätzlich aufgrund der im Antrag ausgefüllten Gesundheitsfragen. Eine Aufnahme ist nicht in allen Fällen möglich.

8 Begriffsbestimmungen

8.1 **Krankheit/Geburtsgebrechen**

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 ATSG). Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich.

8.2 **Arbeitsunfähigkeit**

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 (Art. 6 ATSG).

8.3 **Erwerbsunfähigkeit**

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 ATSG).

8.4 **Invalidität**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.

Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Artikel 7 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 8 ATSG).

8.5 **Zumutbarkeit**

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.

II Allgemeine Bedingungen

9 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vom Versicherer dem Antragsteller schriftlich mitgeteilten Tag des Versicherungsbeginns, frühestens jedoch mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum, sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes vollumfänglich arbeits- und erwerbsfähig ist.

10 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsdeckung gilt für Krankheitsfälle auf der ganzen Welt in Gebieten ohne offizielle Reisewarnung gemäss EDA.

III Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

11 Antragsstellung

Der Versicherungsnehmer muss den Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen und dem Versicherer einreichen. Die Fragen zu Gesundheit und weiteren Risikomerkmalen muss die versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter vollständig und wahrheitsgetreu beantworten.

Wurde für die Annahme eines Antrags keine kürzere Frist gesetzt, bleibt der Antragsteller 14 Tage gebunden. Der Antrag kann aber innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen werden, auch wenn er bereits durch den Versicherer angenommen wurde.

Erfordert die Versicherung eine ärztliche Untersuchung, so bleibt der Antragsteller vier Wochen gebunden.

12 Beginn und Dauer der Versicherung, Kündigung

12.1 Die Versicherung kann frühestens ab der Geburt und maximal bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem das 55. Altersjahr der versicherten Person vollendet wird, abgeschlossen werden (Abschlussalter).

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person das 60. Altersjahr vollendet hat (Schlussalter). Der Versicherungsabschluss ist vor dem Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Versicherung kann mit Beginn auf jeden Monatsersten beantragt werden.

12.2 Der Vertrag ist für die in der Police genannte Dauer abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils stillschweigend um 1 Jahr, ausser ein Vertragspartner kündigt den Vertrag unabhängig von der vereinbarten Dauer nach Ablauf eines Jahres. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

12.3 Die versicherte Person und der Versicherer können sodann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Art. 35b VVG kündigen. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

12.4 **Kündigung im Schadenfall**

a) Nach dem Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadenfalles kann der Versicherer spätestens bei Auszahlung der Entschädigung und die versicherte Person spätestens 14 Tage, nach Kenntnisnahme von der Auszahlung, den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingetroffen sein.
b) Kündigt die versicherte Person, erlischt die Versicherungsdeckung mit dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.
c) Kündigt der Versicherer, erlischt die Versicherungsdeckung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung bei der versicherten Person.

13 Änderung der Versicherung

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist im Rahmen der vordefinierten Alterskategorien und Versicherungssummen vor Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person durch einen entsprechenden Antrag auf Beginn des Monats möglich. Eine Erhöhung hat eine erneute Risikoprüfung zur Folge.

14 Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

15 Beendigung der Versicherung

Die Versicherung und der Versicherungsschutz erlöschen in folgenden Fällen:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- durch Widerruf des Antrags durch den Versicherungsnehmer gemäss Ziffer 12;
- wenn die versicherte Person Wohnsitz ausserhalb der Schweiz nimmt;
- bei Kündigung eines Versicherungspartners;
- bei Kündigung des Versicherers infolge Anzeigepflichtverletzung;
- bei Nichtbezahlen der Prämie bis zum Ablauf der Mahnfrist;
- bei der Vollendung des 60. Altersjahrs der versicherten Person (Schlussalter);
- bei Erreichen der vollen Invalidität und Erfüllung der vollständigen Leistungspflicht durch den Versicherer. Gleichzeitig erlischt aufgrund der tieferen Todesfallleistungen auch die Todesfalldeckung, da bereits erbrachte Invaliditätsleistungen in Abzug gebracht würden.

IV Leistungen

16 Leistungsüberblick

Der Versicherer erbringt im Rahmen des Versicherungsschutzes folgende Leistungen im Todesfall und bei Invalidität infolge Krankheit:

- im Todesfall: Todesfallkapital;
- bei Invalidität: Invaliditätskapital.

17 Höhe der Versicherungssummen

Massgebend sind immer die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen. Das Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2½ Jahre alt sind, höchstens CHF 2500, bei Kindern, die noch nicht 12-jährig sind, ist die Leistung auf CHF 20 000 begrenzt.

18 Todesfallkapital

18.1 **Anspruch**

Der Anspruch auf das Todesfallkapital entsteht bei Tod infolge Krankheit der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes und vor Erreichen des Schlussalters.

18.2 **Begünstigung**

Das Todesfallkapital erhalten die begünstigten Personen. Eine Änderung der begünstigten Personen ist bis zum Tod jederzeit möglich und frei wählbar. Eine Änderung der Begünstigung ist dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Ist im Vertrag keine begünstigte Person aufgeführt, findet die folgende Begünstigungsordnung Anwendung:

1. Ehegatte/eingetragener Partner
2. Bei dessen Fehlen die Kinder
3. Bei deren Fehlen die übrigen gesetzlichen Erben, unter Ausschluss des Gemeinwesens.

Sind keine anspruchsberechtigten Hinterbliebenen vorhanden, so vergütet der Versicherer nur die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10% der für den Todesfall vereinbarten Summe.

18.3 **Zusammentreffen von Invalidität und Tod**

Stirbt die versicherte Person vor Ausrichtung der Invaliditätskapitalleistung, wird lediglich die versicherte Todesfallsumme ausbezahlt und keine zusätzliche Invaliditätskapitalleistung.

19 Invaliditätskapital

19.1 Anspruch

Der Anspruch der versicherten Person auf das vereinbarte Invaliditätskapital entsteht, wenn bei der versicherten Person vor Erreichen des Schlussalters als Folge einer Krankheit eine voraussichtlich dauernde Invalidität eintritt.

Kein Anspruch entsteht, wenn eine zeitlich befristete Erwerbsunfähigkeit festgestellt, oder eine zeitlich befristete Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) gesprochen wird. Wird in der selben IV-Verfügung zugleich ein unbefristeter höherer oder tieferer Invaliditätsgrad festgestellt, so wird die Leistung aufgrund des von der IV unbefristet anerkannten Invaliditätsgrades ausgerichtet.

19.2 Wartefrist

Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital in jenem Zeitpunkt, in welchem die tatsächliche Dauer der Invalidität die Wartefrist von 12 Monaten überschritten hat und eine rechtsgültige (Renten-) Verfügung der IV vorliegt. Die Wartefrist beginnt an dem Tag, an welchem die versicherte Person erstmals einen Arzt hinsichtlich der die Erwerbsunfähigkeit auslösenden Krankheit konsultiert hat und dieser eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% attestierte.

Bei einem Rückfall bzw. bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des früheren Leidens innerhalb von 12 Monaten nach Ende einer bereits gemeldeten Arbeitsunfähigkeit wird keine neue Wartefrist angerechnet.

Falls bis zum Ablauf der Wartefrist von 12 Monaten kein Entscheid der eidgenössischen Invalidenversicherung vorliegt, kann der Versicherer die Zahlung bis zum Entscheid zurückstellen. Eine rückwirkende Auszahlung des Kapitals nach erfolgtem Entscheid erfolgt ohne Verzinsung.

20 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

20.1 Bei erwerbstätigen Erwachsenen

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalles ermittelt.

Bei Erwerbstätigen mit regelmässigem Einkommen wird das vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielte AHV-pflichtige Einkommen (Valideneinkommen) mit demjenigen verglichen, das nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielt wird oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt erzielt werden könnte (Invalideneinkommen).

Bei Erwerbstätigen mit unregelmässigem oder stark schwankendem Einkommen, sowie bei Selbstständigerwerbenden wird als Valideneinkommen das durchschnittliche AHV-pflichtige Einkommen der 36 Kalendermonate vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit herangezogen.

20.2 Bei nicht oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei in Ausbildung stehenden Personen, bei Nichterwerbstätigen und bei Erwerbstätigen, die ihre Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen vollständig aufgeben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit mithilfe eines Tätigkeitsvergleichs ermittelt. Zu diesem Zweck werden die Tätigkeiten und Aufgaben der versicherten Person vor und nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit bemessen, gewichtet und verglichen. Die vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeführten Tätigkeiten und Aufgaben werden mit denjenigen, welche nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch ausgeführt werden können, in Bezug gesetzt. Die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Tätigkeits- und Aufgabenbereich zu betätigen, wird der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt. Die Differenz, ausgedrückt in Prozent der bisherigen Tätigkeiten, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

Bei Teilerwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit analog der gemischten Methode der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ermittelt.

20.3 Bei Kindern

Die Erwerbsunfähigkeit von Kleinkindern und Kindern wird daran bemessen, in welchem Grad die versicherte Person ausserstande sein wird, in einer späteren beruflichen Tätigkeit eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Bei Kindern, welche noch keine Berufsausbildung aufgenommen haben, gilt das in der Schweiz erzielte durchschnittliche Einkommen als Valideneinkommen. Bei Kindern, welche sich in einer Berufsausbildung befinden, gilt als Valideneinkommen das Durchschnittseinkommen, welches bei Abschluss der begonnenen Berufsausbildung auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt zu erzielen gewesen wäre.

21 Abstufung des Invaliditätskapitals

Der Versicherer stellt die Invalidität, deren Eintritt, Grad und Dauer nach Einreichung sämtlicher erforderlicher Unterlagen gestützt auf eine medizinische Beurteilung fest, die ein von ihm anerkannter oder von ihm benannter Gutachter in der Schweiz durchgeführt hat. Die Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt aufgrund ärztlicher Feststellungen sowie auf Basis der Einschätzung der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV).

- Bei einem Invaliditätsgrad von 70% bis 100% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des gesamten Invaliditätskapitals.
- Bei einem Invaliditätsgrad von 25% bis <70% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einem Invaliditätsgrad von <25% besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

22 Deckung bei Resterwerbsfähigkeit

Bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit bis zu einem Invaliditätsgrad von 69% bleibt die Versicherungsdeckung für die verbleibende Erwerbsfähigkeit bestehen. Bei einem erneuten Leistungsfall übersteigt das insgesamt zu leistende Kapital nie die ursprüngliche Deckungshöhe. Die Prämien sind jedoch entsprechend der ursprünglichen Deckungshöhe geschuldet.

23 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

Ändert sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer bestehenden Krankheit nachdem ein Invaliditätskapital ausgerichtet wurde, ist dies dem Versicherer umgehend mitzuteilen. Die Leistung wird dem neuen Grad der Erwerbsunfähigkeit angepasst.

24 Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

Kein Anspruch auf Leistungen besteht:

- wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben;
- wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall im Sinne des UVG verursacht worden ist oder es sich dabei um eine Berufskrankheit im Sinne des UVG handelt;
- bei unfallähnlichen Körperschädigungen, wie das unfreiwillige Einatmen von Gasen und Dämpfen oder durch unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen;
- bei vorgeburtlichen Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- bei Missbrauch von Medikamenten, Drogen oder Alkohol;

- bei Erfrierung, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen;
- wenn die versicherte Person der Einwirkung ionisierender Strahlen aus Atomenergie ausgesetzt war und dadurch erkrankt ist;
- bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit;
- bei Tod, wenn die versicherte Person infolge Selbsttötung oder an den Folgen eines Selbsttötungsversuches innerhalb von 3 Jahren nach Antragsstellung stirbt;
- bei Invalidität, wenn die versicherte Person durch den Selbsttötungsversuch innerhalb von 3 Jahren nach Antragsstellung invalid wird;
- wenn die versicherte Person an Einsätzen für friedenserhaltende Massnahmen teilnimmt, sowie bei Teilnahme an Krieg oder kriegsähnlichen Handlungen.

25 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

Sind die Gesundheitsschädigungen nur teilweise auf die versicherte Krankheit zurückzuführen, werden die Leistungen des Versicherers entsprechend dem durch ein ärztliches Gutachten festgestellten Einfluss fremder Faktoren gekürzt.

Bei einer anerkannten Todesfallleistung werden allenfalls bereits entrichtete Invaliditätskapitalien in Abzug gebracht.

26 Umschulungskosten

Der Versicherer übernimmt keine Kosten für Umschulungen.

27 Prüfung des Versicherungsanspruches

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung wird durch den Versicherer geprüft, wenn sämtliche notwendigen Unterlagen eingereicht sind. Für die Abklärung des Leistungsanspruchs sind vorab alle nachfolgend aufgeführten Unterlagen dem Versicherer einzureichen:

im Todesfall:
- Ausgefüllter Leistungsantrag
- Familienausweis
- Amtlicher Todesschein

bei Invalidität:
- Ausgefüllter Leistungsantrag
- Ausführlich begründeter Bericht der behandelnden Ärzte über Ursache, Verlauf und Dauer der Invalidität
- IV-Verfügung

Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Die Ärzte der versicherten Person sind gegenüber dem Versicherer vom Berufsgeheimnis entbunden.

28 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistung wird ausbezahlt, wenn die anspruchsberechtigten Personen sämtliche Unterlagen beigebracht haben, welche zur Prüfung und Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigt werden und die Prüfung positiv ausfällt.

Die Versicherungsleistung wird spätestens mit dem Ablauf von vier Wochen von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, nachdem der Versicherer sämtliche Unterlagen und Angaben erhalten hat, aus denen sie sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann.

Die Versicherungsprämien sind bis zum Eintritt der vollständigen Invalidität im Sinne der IV geschuldet.

Die Versicherungsleistungen werden in Schweizer Franken (CHF) auf ein Konto in der Schweiz erbracht.

V Pflichten des Versicherungsnehmers

29 Anzeigepflicht/Gesundheitsprüfung

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Wird der Vertrag durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungen schon erbracht wurden, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung. Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der Prämien.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind während des gesamten Aufnahmeverfahrens verpflichtet, dem Versicherer alle Veränderungen zu melden, soweit sie ihnen bekannt sind oder bekannt sein müssten. Ändern sich solche Tatsachen (wie z.B. Veränderungen des Gesundheitszustandes infolge Krankheit oder Unfall, Gefahrenerhöhungen, usw.) zwischen der Antragsstellung und dem Versicherungsbeginn, so muss der Versicherungsnehmer dies ebenfalls dem Versicherer mitteilen und die Erklärung im Antrag ergänzen oder berichtigen. Eine nachträgliche Anpassung der Deckung aufgrund neuer Tatsachen bleibt vorbehalten.

30 Verhalten im Leistungsfall

Eine eingetretene Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist umgehend zu melden.

Die versicherte Person hat den Anordnungen des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich den Untersuchungen und Anordnungen des allfällig vom Versicherer auf ihre Kosten beauftragten Arztes zu unterziehen. Auch sind alle zur Abklärung der Umstände des Versicherungsfalles nützlichen Massnahmen zu treffen.

Ein Todesfall ist dem Versicherer umgehend zu melden. Zudem sind die zur Prüfung und Beurteilung des Versicherungsanspruchs notwendigen Unterlagen umgehend einzureichen.

Der Versicherer ist berechtigt, zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen.

Die anspruchsberechtigte Person räumt dem Versicherer das Recht ein, direkt und auf ihre Kosten solche Belege und Auskünfte anzufordern. Die versicherte Person entbindet die Ärzte, die sie behandelt haben, sowie die am Schadenfall beteiligten Versicherungseinrichtungen von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.

31 Mitteilungspflicht

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an den Versicherer zu richten.Seitens des Versicherers erfolgen alle Mitteilungen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse (Postadresse oder E-Mail-Adresse).

32 Mitwirkungspflicht

Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht gehalten, dem Versicherer die Ermächtigung zu erteilen, bei Spitälern, Ärzten, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften sowie bei Sozialversi-

cherungsinstitutionen und bei Dritten Auskünfte und Akten einzuverlangen sowie diese Institutionen und Personen von der Schweigepflicht zu entbinden.
Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf der Krankheit zu geben.
Der Versicherer behält sich das Recht vor, die versicherte Person durch von ihm bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf ihre Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.
Kommen die anspruchsberechtigten Personen einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so tritt die Fälligkeit des Leistungsanspruchs nicht ein und der Versicherer ist befugt, die Leistungen entsprechend zu kürzen oder vollständig zu verweigern. In diesem Fall dauert die Prämienzahlungspflicht an.

33 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten
Werden die Pflichten gemäss Ziffer 30 bis 33 schuldhaft verletzt und dadurch Ausmass oder die Feststellung der Krankheitsfolgen nachteilig beeinflusst, kann der Versicherer die Leistungen entsprechend kürzen, es sei denn, die versicherte oder anspruchsberechtigte Person beweise, dass das vertragswidrige Verhalten die Folgen und die Feststellung der Krankheit nicht beeinflusst hat.

VI Prämien

34 Prämienberechnung
Die Prämien werden aufgrund der Alterskategorie der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen monatlich berechnet und sind der Police zu entnehmen. Die Prämien bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert.

35 Tarifaltersgruppen
Die Prämie ist abhängig vom Alter der versicherten Person. Massgebend ist der in der jeweiligen Tarifaltersgruppe gültige Prämientarif. Die versicherte Person tritt mit Erreichen des Höchstalters ihrer Tarifaltersgruppe auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächst höhere Tarifaltersgruppe ein.
Die Tarifaltersgruppen sind:
1.–18. Altersjahr
19.–25. Altersjahr
26.–30. Altersjahr
31.–35. Altersjahr
36.–40. Altersjahr
41.–45. Altersjahr
46.–50. Altersjahr
51.–55. Altersjahr
56.–60. Altersjahr

36 Prämienanpassung
Der Versicherer gibt Prämienänderungen spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres schriftlich bekannt.
Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann der Vertrag auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahres bei der CSS Lebensversicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach, 6002 Luzern eintreffen.

37 Tarifanpassung
Die Prämientarife sind nicht garantiert. Der Versicherer kann ebenfalls die Tarife anpassen, wenn sich die der Prämienrechnung zugrunde liegenden Verhältnisse erheblich geändert haben.

38 Mahnung und Zahlungsverzug
Wird die Prämie nicht innert der auf der Rechnung aufgeführten Frist bezahlt, wird die versicherte Person unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert einer Nachfrist von 14 Tagen gemäss Art. 20 Abs. 1 VVG nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
Nach Ablauf der Mahnfrist hat die versicherte Person einen gesetzlichen Verzugszins zu entrichten. Die Kosten der Mahnung werden von der versicherten Person getragen.
Wird die rückständige Prämie nicht binnen zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, tritt der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurück (Art. 21 VVG).
Der Versicherer ist berechtigt, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen der versicherten Person zu verrechnen. Gegenüber dem Versicherer besteht kein Verrechnungsrecht.
Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während des Ruhens der Leistungspflicht ereignen, auch nach Bezahlung der rückständigen Prämie nicht leistungspflichtig.

VII Kundendaten und Datenschutz

39 Datenschutz
Der Datenschutz richtet sich nach dem VVG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Datenbearbeitungen des Versicherers werden in der Datenschutzerklärung erläutert. Diese beschreibt, wie der Versicherer Personendaten bearbeitet. Die Datenschutzerklärung hat deklaratorische Bedeutung und ist nicht Vertragsbestandteil. Sie ist abrufbar unter: css.ch/datenschutz oder bestellbar bei: CSS, Datenschutzberater, Tribschenstrasse 21, Postfach, 6002 Luzern.

40 Auskunftsrecht
Die versicherte Person hat das Recht, bei dem Versicherer Auskunft über die über sie bearbeiteten Daten zu verlangen.

VIII Schlussbestimmungen

41 Erfüllungsort
Erfüllungsort ist der schweizerische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes gilt der Sitz des Versicherers als Erfüllungsort. Die Verpflichtungen aus der Versicherung sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen. Liegt eine Verpfändung vor, zahlt der Versicherer die fällige Leistung nur mit schriftlicher Zustimmung des Pfandgläubigers aus.

42 Gerichtsstand und anwendbares Recht
Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist ausschliesslich schweizerisches Recht anwendbar. Ausschliesslicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten in Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag ist der Sitz der CSS Lebensversicherung AG.

Form. 444d-01.26-pdf

CSS