



Risiko-Lebensversicherung TIKU

Kundeninformation
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Kundeninformation

Die nachstehende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice, den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONVIA Lebensversicherung AG (nachfolgend CONVIA). CONVIA ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Luzern an der folgenden Adresse:

CONVIA Lebensversicherung AG
Pilatusstrasse 23
6003 Luzern

CONVIA ist ein Partner-Unternehmen der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend CONCORDIA). Die CONCORDIA vermittelt die Risiko-Lebensversicherung TIKU der CONVIA.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Risiko-Lebensversicherung TIKU bietet individuellen Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Tod und/oder Invalidität durch Krankheit und Unfall oder durch Krankheit. Es ist eine reine Risikoversicherung ohne Sparanteil.

Der Versicherer erbringt vor Erreichen des Schlussalters die gemäss Police versicherten Leistungen:

- **Im Todesfall** das versicherte Todesfallkapital.
- **Bei dauernder Invalidität** das versicherte Invaliditätskapital. Dieses wird dem Grad der Invalidität angepasst. Dabei entsteht bei einer Invalidität von 70% und mehr Anspruch auf die vollen Leistungen; eine Invalidität von weniger als 25% ergibt keinen Anspruch. Das versicherte Kapital wird frühestens nach Ablauf einer Zeitdauer der Invalidität von 12 Monaten ausgerichtet.

Das Todesfallkapital und das Invaliditätskapital bleiben konstant bis zum Alter 55. Ab Alter 56 fallen sie jährlich um 20% des vollen, im Alter 55 versicherten Todesfallkapitals und/oder Invaliditätskapitals.

Die konkret versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes und dessen Ausschlüsse und Einschränkungen ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice sowie aus den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu bezahlen?

Die Höhe der Prämie hängt vom Alter und vom Geschlecht der versicherten Person sowie der gewünschten Deckung ab. Die Tarifgrundlagen werden dem Versicherungsnehmer zusammen mit der Versicherungspolice zugestellt.

Die Prämienzahlungspflicht beginnt mit dem Tag der Aufnahme in die Versicherung. Die Prämien sind entsprechend den Bestimmungen auf dem Versicherungsantrag jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich geschuldet.

Wann beginnt der Vertrag? Welches ist die Laufzeit?

Die Versicherung beginnt auf den im Antrag genannten Monatsersten. Die Versicherung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen, dies mit einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr.

Wann endet der Vertrag? Welches ist das Schlussalter?

Der Vertrag endet:

- mit Erreichen des Schlussalters. Das Schlussalter wird am 1. Januar nach Vollendung des 59. Altersjahres erreicht.
- durch Kündigung:
 - Der Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin kann nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr auf Ende eines Versicherungsjahres (31. Dezember) vorzeitig ausscheiden. Die entsprechende Mitteilung ist eingeschrieben an CONVIA zu richten.
 - CONVIA kann den Vertrag kündigen, wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt worden sind (Verletzung der Anzeigepflicht).
- mit dem Tod der versicherten Person.

CONVIA kann zudem vom Vertrag zurücktreten

- wenn die versicherte Person mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und CONVIA darauf verzichtet, die Prämie einzufordern.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wie bearbeitet CONVIA Daten?

CONVIA bearbeitet ausschliesslich Daten, die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages notwendig sind. Das sind Angaben über den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person und allfällige bei Dritten eingeholte Informationen. Die Daten werden sowohl elektronisch als auch physisch gespeichert. Die Bekanntgabe von Personendaten an Dritte erfolgt nur mit Einverständnis des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person.

CONVIA überträgt einen Teil der Risiken auf den Rückversicherer. Dabei werden in einzelnen Fällen auch Personendaten an den Rückversicherer bekanntgegeben. Im Rahmen der Antragsprüfung können auch bei anderen Versicherungsgesellschaften Personendaten erhoben oder diesen bekanntgegeben werden.

Die Beratung erfolgt durch einen CONCORDIA-Versicherungsberater. Dieser übermittelt der CONVIA die für den Vertragsschluss notwendigen Personendaten. CONVIA gibt der CONCORDIA auch nach Abschluss des Vertrages die zur Durchführung der Versicherung notwendigen Daten bekannt.



Risiko-Lebensversicherung TIKU

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

<p>I. Allgemeines Grundlagen 1 Versicherer, versicherte Personen 2 Antragstellung 3</p> <p>II. Umfang der Versicherung Gegenstand der Versicherung 4 Aufnahme in die Versicherung 5 Örtlicher Geltungsbereich 6</p> <p>III. Begriffsbestimmungen Dauernde Invalidität 7 Unfall 8 Versicherungsperiode 9 Massgebendes Alter 10</p> <p>IV. Beginn und Ende der Versicherung Provisorischer Versicherungsschutz 11 Definitiver Versicherungsschutz 12 Beginn der Versicherung 13 Ende der Versicherung 14 Schlussalter 15 Kündigung 16</p> <p>V. Leistungen Leistungen bei Tod und/oder dauernder Invalidität 17 Besondere Bestimmungen bei Invalidität 18</p> <p>VI. Prämien Prämientarif 19 Fälligkeit, Prämienzahlung 20 Mahnung, Zahlungsverzug 21</p> <p>VII. Anspruchsbegründung Im Allgemeinen 22 Änderung des Invaliditätsgrades 23</p> <p>VIII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes 24 Militärdienst, Krieg und Unruhen 25</p> <p>IX. Ausrichtung der Leistungen Anspruchsberechtigte Personen 26 Begünstigung und Verpfändung 27</p>	<p>Art.</p>	<p>X. Verschiedenes Anpassung der Vertragsgrundlagen 28 Erfüllungsort 29 Gerichtsstand 30 Männliche und weibliche Form 31</p> <p>I. Allgemeines</p> <p>1 Grundlagen</p> <p>1.1 Grundlagen des Vertrages bilden die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Diese AVB umschreiben die Rechte und Pflichten der Versicherungsnehmer und der versicherten Personen bzw. der Anspruchsberechtigten. Sie legen insbesondere die Rechtsansprüche der Hinterlassenen beim Tod der versicherten Person fest.</p> <p>1.2 Ferner gelten allfällige Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) sowie die Bestimmungen in der massgebenden Police bzw. allfälligen Ersatzpolicen; die schriftlichen Erklärungen, welche die Versicherungsnehmer (Antragsteller) und die Versicherten (die zu versichernden Personen) im Antrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgegeben haben. Abweichende Bestimmungen in allfälligen besonderen Versicherungsbedingungen gehen diesen AVB vor. Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).</p> <p>2 Versicherer, versicherte Personen</p> <p>2.1 Die in diesen AVB umschriebenen Leistungen sind vollumfänglich bei der CONVIA Lebensversicherung AG (nachstehend «Versicherer» genannt) versichert. Die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, im Folgenden CONCORDIA genannt, vermittelt die Risiko-Lebensversicherung TIKU des Versicherers. Sie hat zu diesem Zweck mit ihm einen Vertrag abgeschlossen.</p> <p>2.2 Der Versicherer kann einzelne administrative Aufgaben zur Durchführung der Versicherung der CONCORDIA übertragen. Die dazu erforderlichen Daten werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Der Austausch von Angaben über die Gesundheit der versicherten Person ist dabei ausgeschlossen.</p> <p>2.3 Die auf Grund dieser AVB entstehenden Ansprüche können lediglich gegenüber dem Versicherer geltend gemacht werden.</p>
--	-------------	---

2.4 Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen (nachstehend «versicherte Person» genannt).

3 Antragstellung

3.1 In die Versicherung werden Personen aufgenommen, die sich gemäss diesen AVB freiwillig versichern möchten.

3.2 Zur Aufnahme in die Versicherung ist das dafür vorgesehene Antragsformular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt einzureichen. Die CONCORDIA meldet die zu versichernden Personen dem Versicherer mittels dieses Formulars zur Aufnahme an.

3.3 Wenn der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt wird, entfällt die Beantwortung der Gesundheitsfragen gemäss Art. 12.1. Dem Versicherer muss aber auf dem dafür vorgesehenen Formular die Geburt gemeldet und wahrheitsgetreu die Frage beantwortet werden, ob das Kind vollständig gesund sei. Wird die Frage mit JA beantwortet, erfolgt die Aufnahme in die Versicherung. Andernfalls entscheidet der Versicherer über die Aufnahme (Art. 5). Bei Aufnahme in die Versicherung gilt der Ausschluss des Versicherungsschutzes gemäss Art. 24.6.

3.4 Hat der Antragsteller oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen und über die er schriftlich befragt worden ist, insbesondere im Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

II. Umfang der Versicherung

4 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bezweckt mit dieser Risikoversicherung den Schutz der in Art. 2.4 bezeichneten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen, bedingt durch Tod oder Invalidität bei Krankheit und/oder Unfall.

5 Aufnahme in die Versicherung

Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherung ganz abzulehnen.

6 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht in allen Teilen der Welt.

III. Begriffsbestimmungen

7 Dauernde Invalidität

7.1 Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person infolge medizinisch nachweisbarer Krankheit, Zerfalls der geistigen und körperlichen Kräfte oder infolge Unfalls ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben, die ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist, oder wenn Nichterwerbstätige deswegen im bisherigen Tätigkeits- oder Aufgabenbereich ganz oder teilweise eingeschränkt sind.

7.2 Eine Invalidität wird als dauernd anerkannt, wenn der Nachweis erbracht wird, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im bisherigen Tätigkeits- oder Aufgabenbereich zu betätigen, nicht erwartet werden kann, und dass die Invalidität voraussichtlich lebenslänglich sein wird.

8 Unfall

Als Unfall gilt eine Körperschädigung, welche die versicherte Person durch ein von aussen gewaltsam auf sie einwirkendes, plötzliches und unvorhergesehenes Ereignis unfreiwillig erleidet. Als Unfall gilt auch:

- Gesundheitsschädigung durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch unabsehbare Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen;
- Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen von Muskeln und Sehnen infolge plötzlicher eigener Kraftanstrengungen;
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand;
- unfreiwilliges Ertrinken.

9 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode entspricht dem Kalenderjahr.

10 Massgebendes Alter

Das für die Versicherung und die Berechnung der Prämien massgebende Alter der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

IV. Beginn und Ende der Versicherung

11 Provisorischer Versicherungsschutz

11.1 Der provisorische Versicherungsschutz beginnt, unter Vorbehalt allfälliger Einschränkungen aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung gemäss Art. 12.1, mit dem Eingang des Antrags beim

Versicherer, frühestens mit dem im Antrag angegebenen Versicherungsbeginn.

Er endet bei Beginn des definitiven Versicherungsschutzes oder bei Ablehnung der Versicherung durch den Versicherer, jedenfalls aber spätestens 60 Kalendertage seit Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes.

- 11.2 Tritt während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein Versicherungsfall ein, so erbringt der Versicherer die in diesen AVB umschriebenen Leistungen.

Keine Leistungen werden erbracht, wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes bestanden haben.

12 Definitiver Versicherungsschutz

- 12.1 Der Versicherungsschutz ist definitiv für diejenige Person, welche voll arbeitsfähig und/oder gesund ist und die Gesundheitsfragen auf dem Antragsformular mit NEIN beantworten kann, sofern ihre anfänglichen oder später zusätzlich zu versichernden Leistungen die Summe von CHF 100'000 nicht übersteigen. Andernfalls ist der Schutz vorerst provisorisch. Über den definitiven Versicherungsschutz wird gegebenenfalls aufgrund einer allfälligen Anfrage beim Arzt oder einer ärztlichen Untersuchung entschieden.
- 12.2 Der Versicherer gibt dem Antragsteller schriftlich Bericht, ob und allenfalls zu welchen Bedingungen der definitive Versicherungsschutz gewährt werden kann. Er orientiert entsprechend die CONCORDIA.

13 Beginn der Versicherung

- 13.1 Die Versicherung beginnt auf den im Antrag genannten Monatsersten.
- 13.2 Mit Abschluss der Versicherung erhält der Versicherungsnehmer eine Versicherungspolice. Diese enthält die für den Versicherungsnehmer und die versicherte Person geltenden persönlichen Angaben. Bei Änderung der Leistungen wird eine neue Versicherungspolice ausgestellt.

14 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- durch Kündigung;
- bei Erreichen des Schlussalters.

15 Schlussalter

Das Schlussalter wird am 1. Januar nach Vollendung des 59. Altersjahres erreicht.

16 Kündigung

- 16.1 Der Versicherungsnehmer kann nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr auf Ende eines

Versicherungsjahres (31. Dezember) vorzeitig auscheiden.

- 16.2 Der Versicherungsnehmer hat die entsprechende Mitteilung vor Ablauf des Versicherungsjahres an den Versicherer zu richten.

V. Leistungen

17 Leistungen bei Tod und/oder dauernder Invalidität

- 17.1 Der Versicherer erbringt vor Erreichen des Schlussalters (Art. 15) die gemäss Police versicherten Leistungen:
- im Todesfall: Todesfallkapital;
 - bei dauernder Invalidität: Invaliditätskapital.
- 17.2 Für jede versicherte Person kann ein Todesfallkapital und/oder ein Invaliditätskapital versichert werden. Der Anspruch darauf entsteht beim Tod oder bei einer dauernden Invalidität der versicherten Person vor Erreichen des Schlussalters (unter Vorbehalt von Art. 17.4.).
- 17.3 Das Todesfallkapital und das Invaliditätskapital bleiben konstant bis zum Alter 55. Ab Alter 56 fallen sie jährlich um 20% des vollen, im Alter 55 versicherten Todesfallkapitals und/oder Invaliditätskapitals.
- 17.4 Wird die Unfalldeckung nicht mit eingeschlossen, entsteht auf das Todesfall- und Invaliditätskapital kein Anspruch, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall verursacht wurde.
- Bei Zusammentreffen verschiedener Ursachen werden Leistungen ausgerichtet in der Höhe des Anteils, der nicht Gegenstand des Unfalls ereignisses ist.

18 Besondere Bestimmungen bei Invalidität

- 18.1 Das Invaliditätskapital wird dem Grad der Invalidität angepasst. Dabei entstehen bei einer Invalidität von 70% und mehr Anspruch auf die vollen Leistungen; eine Invalidität von weniger als 25% ergibt keinen Anspruch.
- 18.2 Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Invalidität aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalls ermittelt. Dabei wird das vor Eintritt der Invalidität aus der Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen verglichen mit demjenigen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität noch erzielt oder erzielen könnte.
- 18.3 Bei Nichterwerbstätigen ist das Ausmass der Einschränkungen im Tätigkeits- und Aufgabenbereich der versicherten Person im Vergleich zur Zeit vor Eintritt ihrer Invalidität entscheidend.
- 18.4 Das Invaliditätskapital wird frühestens nach Ablauf einer Zeitdauer der Invalidität von 12 Monaten ausgerichtet. Steht die dauernde Invalidität vor Ablauf von 12 Monaten fest, kann das versicherte Invaliditätskapital vorzeitig ausgerichtet werden. Das Invaliditätskapital wird aber immer nur unter der

Voraussetzung erbracht, dass die Invalidität dauernd ist im Sinne von Art. 7.2.

VI. Prämien

19 Prämientarif

Die Tarifgrundlagen werden dem Versicherungsnehmer zusammen mit der Versicherungspolice zugestellt.

20 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 20.1 Die Prämie ist (unabhängig vom Eintrittsalter) gemäss der erreichten Altersstufe zu entrichten.
- 20.2 Die Prämienzahlungspflicht beginnt mit dem Tag der Aufnahme in die Versicherung. Prämien sind entsprechend den Bestimmungen auf dem Versicherungsantrag dem Versicherer jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich geschuldet und separat zahlbar.
- 20.3 Die Prämien sind bis zum Erreichen des Schlussalters, längstens bis zum Tod zu entrichten (vorbehalten bleibt die vorzeitige Auflösung gemäss Art. 16).

21 Mahnung, Zahlungsverzug

- 21.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird der Schuldner vom Versicherer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 21.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 21.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämien, vom Vertrag zurücktritt.
- 21.3 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 und sofern der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte den Nachweis eines guten Gesundheitszustandes erbringt, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer und nach Ablauf der Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

VII. Anspruchsbegründung

22 Im Allgemeinen

- 22.1 Die Versicherungsleistungen werden ausbezahlt, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die Anspruchsberechtigten alle Unterlagen beigebracht haben, welche der Versicherer zur Begründung des Anspruches benötigt. Die einzureichenden Unterlagen umfassen:

- im Todesfall: ärztliches Zeugnis/Familienbüchlein bzw. Familienschein;
- bei Invalidität: ärztliches Zeugnis.

- 22.2 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 dem Versicherer gegenüber vom Berufsgeheimnis entbunden.

23 Änderung des Invaliditätsgrades

- 23.1 Änderungen des Invaliditätsgrades sind dem Versicherer sofort mitzuteilen. Die Leistung wird dem neuen Invaliditätsgrad angepasst.
- 23.2 Sind wegen Veränderung des Invaliditätsgrades zu hohe Leistungen bezogen worden, sind diese dem Versicherer zurückzuerstatten, wurden zu wenig Prämien bezahlt, sind diese nachzuzahlen.

VIII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

24 Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- 24.1 Kein Anspruch auf Leistungen bei Invalidität besteht, wenn die versicherte Person ihre Invalidität absichtlich herbeigeführt hat. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrer Invalidität führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.
- 24.2 Wird ein versichertes Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt, besteht gemäss Gesetz das Recht, die Versicherungsleistungen zu kürzen.
- 24.3 Kein Anspruch auf Leistungen bei Invalidität oder im Todesfall besteht bei Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie.
- 24.4 Ist das versicherte Ereignis die Folge eines oder mehrerer Wagnisse, werden die versicherten Leistungen gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne 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 Wagnisse zu betrachten sind.
- 24.5 Stirbt eine versicherte Person innert drei Jahren seit dem Versicherungsbeginn infolge Selbstmords, so wird kein Todesfallkapital fällig. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrem Tod führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.
- 24.6 Für vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen gewährt.
- 24.7 Stirbt ein versichertes Kind, bevor es 2½ Jahre alt

ist, werden an Stelle jeder anderen Leistung nur CHF 2'500 zurückerstattet. Stirbt ein versichertes Kind vor Vollendung des 12. Altersjahres, so wird die Versicherungssumme auf CHF 10'000 begrenzt.

25 Militärdienst, Krieg und Unruhen

- 25.1 Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeit und ist als solcher im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ohne Weiteres in die Versicherung eingeschlossen.
- 25.2 Führt die Schweiz einen Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen, so wird von Kriegsbeginn an ein einmaliger Kriegsumlagebeitrag geschuldet, der 1 Jahr nach Kriegsschluss fällig wird. Ob der Versicherte am Krieg teilnimmt oder nicht und ob er sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält, ist unerheblich.
- 25.3 Der Kriegsumlagebeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar und unmittelbar verursachten Schäden, soweit sie Versicherungen betreffen, für welche diese Bedingungen gelten. Die Feststellung dieser Kriegsschäden und der verfügbaren Deckungsmittel sowie die Festsetzung des Kriegsumlagebeitrages und dessen Tilgungsmöglichkeiten – gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen – erfolgen durch den Versicherer im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde.
- 25.4 Werden vor der Festsetzung des Kriegsumlagebeitrages Leistungen aus der Versicherung fällig, so ist der Versicherer befugt, für einen angemessenen Teil die Zahlung bis 1 Jahr nach Kriegsschluss aufzuschieben. Der aufzuschiebende Teil der Leistung und der Zinsfuss, zu welchem dieser Teil zu verzinsen ist, werden durch den Versicherer im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt.
- 25.5 Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss im Sinne oben stehender Bestimmungen zu gelten haben, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt.
- 25.6 Nimmt der Versicherte an einem Kriege oder an kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist, und stirbt der Versicherte während eines solchen Kriegs oder binnen sechs Monaten nach Friedensschluss bzw. nach Beendigung der Feindseligkeiten, schuldet der Versicherer das auf den Todestag berechnete Deckungskapital, höchstens jedoch die für den Todesfall versicherte Leistung. Sind Überlebensrenten versichert, so treten an Stelle des Deckungskapitals die Renten, welche dem auf den Todestag berechneten Deckungskapital entsprechen, höchstens jedoch die versicherten Renten.
- 25.7 Der Versicherer behält sich vor, die Bestimmungen

dieses Artikels im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde mit Wirkung auch für diese Versicherung abzuändern. Ausserdem bleiben gesetzliche und behördliche, im Zusammenhang mit einem Kriege erlassene Massnahmen, insbesondere solche über den Rückkauf der Versicherung, ausdrücklich vorbehalten.

IX. Ausrichtung der Leistungen

26 Anspruchsberechtigte Personen

- 26.1 Alle Leistungen aufgrund dieser AVB sind ausschliesslich für den persönlichen Unterhalt des Anspruchsberechtigten bestimmt, ausgenommen sind Begünstigte im Sinne von Art. 27.1.
- 26.2 Anspruch auf das Invaliditätskapital hat die versicherte Person.
- 26.3 Anspruch auf das Todesfallkapital haben der Ehegatte oder der eingetragene Partner der versicherten Person; bei dessen Fehlen die Kinder, für deren Unterhalt die verstorbene Person ganz oder teilweise aufgekommen ist; bei deren Fehlen die übrigen Personen, für deren Unterhalt die verstorbene Person überwiegend aufgekommen ist; bei deren Fehlen die erbberechtigten Nachkommen; bei deren Fehlen die Eltern; bei deren Fehlen die Geschwister der verstorbenen Person oder deren Nachkommen; bei deren Fehlen die übrigen Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens.
- 26.4 Der Versicherungsnehmer kann jederzeit obige Reihenfolge abändern, Berechtigte ausschliessen oder andere Begünstigte bezeichnen. Der Versicherungsnehmer hat die entsprechende Mitteilung schriftlich an den Versicherer zu richten.
- 26.5 Anspruchsberechtigte Hinterlassene einer versicherten Person erhalten die Leistungen auch dann, wenn sie die Erbschaft ausschlagen. Die Leistungen fallen nicht in den Nachlass der verstorbenen Person.

27 Begünstigung und Verpfändung

- 27.1 Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer zwecks Sicherstellung einer Darlehensschuld verlangen, dass anstelle sämtlicher in Art. 26.3 aufgeführten Anspruchsberechtigten partiell oder vollumfänglich ein schweizerisches Bankinstitut zu begünstigen ist. Er hat die entsprechende Willensäusserung (Bankbeziehung, Ausmass der Begünstigung) unter Beilage einer Kopie des Darlehensvertrages schriftlich und eingeschrieben vorzunehmen. Der Versicherer verpflichtet sich, bei Fälligkeit die Leistung dem begünstigten Bankinstitut auszurichten und die verlangte Begünstigung nur mit dessen Einwilligung, welche einzig bei Weiterbestehen des Darlehensvertrages verweigert werden kann, sowie mit der Einwilligung des Versicherungsnehmers aufzuheben. Der Versicherer teilt dem Bankinstitut schriftlich das

Bestehen der Begünstigung mit. Sind Einschränkungen im Versicherungsschutz zu verzeichnen, ist der Versicherer nicht befugt, dem Bankinstitut diesbezügliche Auskünfte zu gewähren. Der Versicherer behält sich vor, dem Versicherungsnehmer für die aus der spezifischen Begünstigung entstehenden Umtriebe eine Unkostenprämie in Rechnung zu stellen.

- 27.2 Eine Verpfändung oder Abtretung der Leistung sowie eine betriebsrechtliche Pfändung der Leistungen ist vor ihrer Fälligkeit nicht möglich. Nach ihrer Fälligkeit können sie nur in dem Umfang gepfändet werden, wie sie nicht im Sinne des Schuldbeitrags- und Konkursrechts für den Lebensunterhalt der Anspruchsberechtigten unumgänglich nötig sind.

X. Verschiedenes

28 Anpassung der Vertragsgrundlagen

Werden die Versicherungsbedingungen oder die Prämientarife angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer die neuen Bedingungen bzw. Tarife. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die Anpassung spätestens 30 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende des laufenden Jahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf des laufenden Versicherungsjahres. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

Eine Prämienhöhung infolge Erreichens der in der Police festgehaltenen nächsthöheren Altersstufe bildet keinen Kündigungsgrund im Sinne dieses Artikels.

29 Erfüllungsort

Als Erfüllungsort gilt der schweizerische bzw. liechtensteinische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person oder ihres Vertreters. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes sind fällige Versicherungsleistungen am Sitz des Versicherers zahlbar.

30 Gerichtsstand

Die CONVIA Lebensversicherung AG kann an ihrem Geschäftssitz in Luzern oder am schweizerischen bzw. liechtensteinischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten gerichtlich belangt werden.

31 Männliche und weibliche Form

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und weiteren Bestimmungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.



Dir vertraue ich

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch