



Gemischte Lebensversicherung CONVENIA

Freie Vorsorge (Säule 3b)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Informationen zur gemischten Lebensversicherung CONVENIA

Die folgenden Informationen geben Ihnen rasch und verständlich Auskunft über CONVENIA. Im gleichen Dokument finden Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Gemischte Lebensversicherung

CONVENIA schützt gegen die wirtschaftlichen Folgen eines Todesfalles und dient zugleich der freien Vorsorge (Säule 3b).

- Sowohl im Todesfall der versicherten Person als auch im Erlebensfall wird ein garantiertes Kapital gemäss Police ausbezahlt. Die Höhe des garantierten Kapitals richtet sich nach dem Sparanteil Ihrer Prämien und dem darauf garantierten Zins.
- Darüber hinaus sind Sie ab dem zweiten Versicherungsjahr am Überschuss von CONVENIA beteiligt. Überschüsse entstehen, wenn die Erträge der Kapitalanlagen höher sind oder der Risiko- und Kostenverlauf günstiger ist, als bei der Prämienberechnung angenommen. Deshalb ist die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantiert. Die Überschussanteile werden den einzelnen Policen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zugewiesen. Detaillierte Angaben erhalten Sie jeweils mit der jährlichen Überschussabrechnung.

Prämienbefreiung

Sie haben die Möglichkeit, zusätzlich die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit zu versichern. Damit sind Sie bei einer länger dauernden Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person von der Prämienzahlung befreit.

- Ist die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall länger als 90 Tage ununterbrochen erwerbsunfähig, müssen Sie für die weitere Dauer der Erwerbsunfähigkeit keine Prämien bezahlen. Das garantierte Kapital bleibt gleich hoch, während für die Dauer der Prämienbefreiung keine Überschussbeteiligung anfällt.
- Die Leistungen der Prämienbefreiung werden erst ab Alter 16 der versicherten Person entrichtet.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit ab 25% wird die Prämie anteilmässig reduziert. Ab 70% Erwerbsunfähigkeit sind Sie von der Bezahlung der vollen Prämien befreit.

Prämie und Zahlung

Die Versicherung wird mit Jahresprämien finanziert, die während der ganzen Vertragsdauer gleich bleiben. Die Höhe der Prämie bestimmen Sie selbst. Die erste Prämie ist bei Vertragsabschluss geschuldet. Anschliessend ist die Prämie jeweils jährlich zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres im Voraus zu bezahlen. Mit einem kleinen Zuschlag sind auch kürzere Zahlungsperioden möglich.

Versicherungsbeginn und Versicherungsende

Der Versicherungsantrag muss vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt werden. Wenn eine Frage unrichtig beantwortet oder etwas verschwiegen wurde, kann die CONCORDIA die Versicherung kündigen und die Leistung verweigern. Nachträgliche Änderungen der im Antrag aufgeführten Tatsachen müssen bis zum Versicherungsbeginn nachgemeldet werden. Das sind insbesondere Krankheiten oder Unfälle, die nach der Antragsstellung eingetreten sind.

Die Versicherung beginnt an dem Datum, das in der Police aufgeführt ist. Trifft die erste Prämienzahlung erst nach dem in der Police genannten Datum ein, so verschiebt sich der Versicherungsbeginn auf den Ersten des darauffolgenden Monats.

Die Versicherung endet im Normalfall durch Vertragsablauf oder mit dem Tod der versicherten Person.

- Die Vertragsdauer beträgt mindestens zehn Jahre. Die Versicherung endet jedoch spätestens am 31. Dezember des Jahres, in dem die versicherte Person das 75. Altersjahr vollendet hat.
- Sie können CONVENIA vorzeitig, erstmals auf das Ende des ersten Versicherungsjahres und danach auf das Ende eines jeden Monats kündigen. Eine vorzeitige Kündigung ist nur möglich, wenn die Prämie für mindestens ein Jahr bezahlt ist. In diesem Fall erstattet die CONCORDIA den Rückkaufswert. Dieser entspricht dem angehäuften Sparkapital einschliesslich Zinsen und Überschussbeteiligung abzüglich nicht gedeckter Abschlusskosten.
- Wenn Sie mit der Bezahlung der Prämie für das erste Versicherungsjahr in Verzug sind und trotz Mahnung nicht bezahlen, kann die CONCORDIA die Versicherung auflösen.
- Die Versicherung endet zudem, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt oder sich länger als zwölf Monate dort aufhält und die CONCORDIA die Weiterführung nicht schriftlich bestätigt.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Einschränkungen bei den Leistungen

Wenn der Todesfall oder die Erwerbsunfähigkeit absichtlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wird oder als Folge eines Wagnisses auftritt, kann die CONCORDIA die Versicherungsleistungen kürzen bzw. verweigern.

Weitere Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind in den AVB und im VVG enthalten.

Umwandlung

Sofern die Prämie für mindestens ein Jahr bezahlt wurde, können Sie CONVENIA in eine prämienfreie gemischte Versicherung umwandeln, wobei die Leistung entsprechend reduziert wird. Das angehäuften Sparkapital wird dabei als Einmalprämie verwendet. Mit der Umwandlung erlischt der Versicherungsschutz für Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit. Der Rückkauf der umgewandelten Versicherung ist möglich.

Diskretion und Datensicherheit

Die CONCORDIA bearbeitet Daten, die für den Abschluss und die Abwicklung des Versicherungsvertrages notwendig sind. Dazu kann sie externe Fachpersonen und andere Versicherer beiziehen. Die Daten werden elektronisch gespeichert oder in Papierform aufbewahrt.

Versicherer

Ihr Versicherer ist die CONCORDIA Versicherungen AG, eine Aktiengesellschaft der CONCORDIA-Gruppe mit Sitz am Bundesplatz 15, 6002 Luzern.

Weitere Informationen zu den Rechten und Pflichten der Vertragsparteien – insbesondere zu Versicherungsschutz, Deckungsausschlüssen, Versicherungssumme, Prämien und Datenschutz – finden Sie im Versicherungsantrag, in der Police, in den AVB und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG).



Gemischte Lebensversicherung CONVENIA

Freie Vorsorge (Säule 3b)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

	Art.		
1. Gegenstand der Versicherung		9. Prämien	
Versicherte Risiken	1.1	Tarif	9.1
Garantiertes Kapital und Überschussbeteiligung	1.2	Zahlungspflicht	9.2
Erwerbsunfähigkeit	1.3	Verzugsfolgen	9.3
Überschussbeteiligung	1.4	Prämienrückerstattungen	9.4
Steuerwertbescheinigung und Überschussabrechnung	1.5	10. Umgang mit Daten	
2. Beteiligte am Vertrag		11. Gerichtsstand	
Männliche und weibliche Form	2.1	12. Anpassung der Versicherungsbedingungen	
Beteiligte	2.2	13. Militärdienst, Krieg und Unruhen	
Mitteilungen	2.3		
3. Vertragsgrundlagen		1. Gegenstand der Versicherung	
4. Vertragsabschluss		1.1 Versicherte Risiken	
Wohnsitz und Eintrittsalter	4.1	Die gemischte Lebensversicherung CONVENIA bietet im Rahmen der freien Vorsorge (Säule 3b) Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen eines Todesfalls. Zusätzlich kann die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit von mehr als 90 Tagen ununterbrochener Dauer versichert werden.	
Antragsstellung	4.2	Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein jedoch nur während Reisen und Aufenthalt bis zu 12 Monaten, sofern keine andere schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer getroffen wurde.	
Widerruf	4.3	1.2 Garantiertes Kapital und Überschussbeteiligung	
Anzeigespflicht und Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	4.4	CONVENIA erbringt	
5. Beginn, Dauer, Umwandlung und Ende der Versicherung		– beim Tod der versicherten Person oder im Erlebensfall bei Vertragsablauf: das garantierte Kapital sowie die angehäuften Beteiligung am Überschuss,	
Provisorischer Versicherungsschutz	5.1	– bei Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person: die Prämienbefreiung, sofern versichert.	
Definitiver Versicherungsschutz	5.2	Eine Erhöhung oder Reduktion des garantierten Kapitals während der Vertragsdauer ist nicht möglich.	
Vertragsdauer	5.3	1.3 Erwerbsunfähigkeit	
Kündigung, Rückkauf	5.4	1.3.1 Eine Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn infolge von Krankheit oder Unfall	
Umwandlung	5.5	– die erwerbstätige versicherte Person ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise nicht mehr ausüben kann. Eine andere Erwerbstätigkeit ist zumutbar, wenn sie den Fähigkeiten und der Lebensstellung der versicherten	
Ende der Versicherung	5.6		
6. Einschränkungen des Versicherungsschutzes			
Generell	6.1		
Bei absichtlicher Herbeiführung	6.2		
Bei Grobfahrlässigkeit und Wagnis	6.3		
Bei Tod eines Kindes	6.4		
7. Leistungen			
Im Todesfall	7.1		
Im Erlebensfall	7.2		
Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit	7.3		
Anspruchsbegründung	7.4		
Auszahlung	7.5		
8. Begünstigung			
Begünstigte Personen	8.1		
Begünstigung bei Konkurs und Pfändung	8.2		
Abtretung und Verpfändung	8.3		

- Person entspricht, auch wenn die dafür benötigten Kenntnisse eine Umschulung erfordern.
- die nicht erwerbstätige oder in Ausbildung stehende versicherte Person in der Ausübung der Tätigkeiten, die ihr bisher zufielen, ganz oder teilweise eingeschränkt ist.
- 1.3.2 Der Versicherer stellt die Erwerbsunfähigkeit, deren Eintritt, Grad und Dauer gestützt auf eine Beurteilung fest, die ein von ihm anerkannter oder von ihm benannter Sachverständiger in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein durchgeführt hat.
- 1.3.3 Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des erlittenen Erwerbsausfalls ermittelt. Dabei wird das vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielte Einkommen mit demjenigen verglichen, das nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielt wird oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt erzielt werden könnte. Bei Erwerbstätigen mit unregelmässigem oder stark schwankendem Einkommen und bei Selbstständigerwerbenden wird das durchschnittliche AHV-pflichtige Einkommen der 36 Kalendermonate vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit als massgebliches Einkommen vor Erwerbsunfähigkeit angenommen.
- 1.3.4 Bei nicht erwerbstätigen oder in Ausbildung stehenden Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund eines Betätigungsvergleichs ermittelt. Tätigkeiten, die vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit von der versicherten Person in deren Aufgabenbereich verrichtet wurden, werden jenen Tätigkeiten gegenübergestellt, die danach noch ausgeführt werden können und zumutbar sind.

1.4 Überschussbeteiligung

- 1.4.1 Überschüsse entstehen, wenn die Erträge der Kapitalanlagen höher sind und/oder der Risiko- und Kostenverlauf günstiger ist als der Versicherer bei der Prämienberechnung angenommen hat.
- 1.4.2 Der Versicherer beteiligt die Versicherungsnehmer bzw. die Begünstigten an diesem Überschuss. Die Höhe der Überschussanteile ist nicht garantiert. Sie werden jährlich festgelegt.
- 1.4.3 Die Anteile am Überschuss, die der Versicherer zur Ausschüttung an die Versicherungsnehmer bzw. die Begünstigten bestimmt, werden einem Überschussfonds zugewiesen. Die dort angesammelten Mittel dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden, es sei denn, die Erträge des Versicherers reichen nicht für die geschäftsplanmässige Bestellung der technischen Reserven aus.
- 1.4.4 Die Ausschüttung erfolgt durch versicherungsmathematische Zuweisung der Überschussanteile an die CONVENIA-Policen, die bereits länger als ein Versicherungsjahr gedauert haben. Die ausgeschütteten Überschussanteile werden bis zur ihrer Auszahlung beim Rückkauf, bei Vertragsablauf oder im Todesfall verzinst.

- 1.4.5 Für die Dauer der Prämienbefreiung infolge Erwerbsunfähigkeit werden der Police keine Überschussanteile zugewiesen.

1.5 Steuerwertbescheinigung und Überschussabrechnung

Jeweils am Anfang des Kalenderjahres erhält der Versicherungsnehmer eine Bescheinigung über den Steuerwert der Police.

Ab dem zweiten Versicherungsjahr erhält der Versicherungsnehmer zudem eine Überschussabrechnung, die Informationen über die Berechnung und Verteilung, die letzte Zuweisung sowie das aktuelle Guthaben der Überschussbeteiligung enthält.

2. Beteiligte am Vertrag

2.1 Männliche und weibliche Form

Damit sich die Versicherungsbedingungen leichter lesen lassen, sind alle personenbezogenen Bezeichnungen in männlicher Form gehalten. Sie gelten auch für weibliche und juristische Personen.

2.2 Beteiligte

Am Versicherungsvertrag sind folgende Personen beteiligt:

- **Versicherungsnehmer** ist diejenige Person, die den Antrag stellt, die Versicherung abschliesst und Vertragspartner des Versicherers ist.
- **Versicherte Person** ist diejenige Person, deren Leben oder Erwerbsfähigkeit versichert ist. Das kann der Versicherungsnehmer selbst oder eine andere Person sein.
- **Begünstigte** sind diejenigen Personen oder Institutionen, die gemäss dem Willen des Versicherungsnehmers die versicherten Leistungen ganz oder teilweise erhalten sollen.
- **Prämienzahler** ist der Versicherungsnehmer, sofern sich nicht eine andere Person zur Prämienzahlung verpflichtet hat.
- **Versicherer** und Vertragspartner des Versicherungsnehmers ist die CONCORDIA Versicherungen AG.

2.3 Mitteilungen

Mitteilungen an den Versicherer sind nur dann rechtlich wirksam, wenn sie schriftlich bei ihm eintreffen.

Der Versicherer richtet Mitteilungen an Versicherungsnehmer, versicherte Personen, Prämienzahler, Anspruchsberechtigte und Begünstigte schriftlich an die zuletzt bekannt gegebene Adresse.

Wohnt der Versicherungsnehmer ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein, muss er einen Vertreter in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein bezeichnen, an den der Versicherer alle Mitteilungen rechtsgültig richten kann.

3. Vertragsgrundlagen

- 3.1** Rechtliche Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden in der folgenden Rangordnung:
- der Versicherungsantrag, die vollständig ausgefüllten Fragebogen und gegebenenfalls der ärztliche Untersuchungsbericht sowie weitere für die Risikoprüfung erteilte Auskünfte,
 - die Bestimmungen in der Versicherungspolice und in allfälligen Nachträgen oder besonderen Bedingungen,
 - die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
 - das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG), sofern im Vertrag ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist.
- Falls sich bei der Vertragsauslegung einzelne Dokumente widersprechen, ist die Regelung im ranghöheren Dokument massgebend.
- 3.2** Überall dort, wo sich diese AVB oder der Prämientarif auf das Alter der versicherten Person beziehen, gilt die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr als massgebendes Alter.
- 3.3** Das Versicherungsjahr beginnt alljährlich mit dem Datum des Versicherungsbeginns und dauert jeweils zwölf Monate.
- 3.4** Die für die Versicherung anwendbaren Berechnungsgrundlagen (Sterbetafeln, technischer Zins usw.) sind jeweils im Antrag und in der Police aufgeführt.

4. Vertragsabschluss

- 4.1 Wohnsitz und Eintrittsalter**
Eine Person kann versichert werden, wenn sie ihren Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein hat. Sie kann frühestens ab dem Ersten des Monats nach ihrer Geburt versichert werden. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem für die versicherte Person das Alter 65 gilt, kann die Versicherung nicht mehr abgeschlossen werden.
- 4.2 Antragsstellung**
Der Versicherungsnehmer muss den Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen, unterzeichnen und dem Versicherer einreichen. Die Fragen zu Gesundheit und weiteren Risikomerkmale muss die versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter vollständig und wahrheitsgetreu beantworten.
Der Versicherungsnehmer ist 14 Tage oder, wenn eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, vier Wochen an seinen Antrag gebunden, sofern er keine kürzere Frist gesetzt und den Antrag nicht widerrufen hat.

4.3 Widerruf

Der Versicherungsnehmer kann den Antrag innerhalb von 14 Tagen ab dem Datum der Unterzeichnung schriftlich widerrufen. Das gilt auch, wenn der Versicherer den Antrag bereits angenommen hat.

4.4 Anzeigepflicht und Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

- 4.4.1** Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person bzw. deren Vertreter sind während des gesamten Aufnahmeverfahrens verpflichtet, dem Versicherer alle für die Beurteilung des Risikos erheblichen Tatsachen zu melden, soweit sie ihnen bekannt sind oder bekannt sein müssen. Ändern sich solche Tatsachen bis zum Versicherungsbeginn, so müssen sie dies dem Versicherer mitteilen und ihre Erklärungen im Antrag bzw. in den Fragebogen ergänzen oder berichtigen.
- 4.4.2** Eine Verletzung der Anzeigepflicht besteht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bzw. deren Vertreter beim Abschluss der Versicherung erhebliche Tatsachen, über die sie schriftlich befragt wurden und die sie kannten oder hätten kennen müssen, verschweigen oder unrichtig mitteilen. Als erhebliche Tatsachen gelten insbesondere bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen.
- 4.4.3** Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb von vier Wochen, nachdem er von einer Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich kündigen. Damit erlischt auch seine Leistungspflicht für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die unrichtig oder nicht angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden sind. Bei Versicherungen mit Versicherungsbeginn bis 1. Januar 2006 endet die Leistungspflicht auch für bereits eingetretene Schäden in jedem Fall. Soweit die Leistungspflicht bereits erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung. Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der Prämien.
- 4.4.4** Hat die aufgelöste Versicherung einen Rückkaufswert, wird dieser dem Versicherungsnehmer ausbezahlt.

5. Beginn, Dauer, Umwandlung und Ende der Versicherung

5.1 Provisorischer Versicherungsschutz

- 5.1.1** Der provisorische Versicherungsschutz beginnt mit dem Eingang des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Antrags beim Versicherer, frühestens aber mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.
- 5.1.2** Der provisorische Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn die zu versichernde Person zum Zeitpunkt der Antragstellung

- keinen Aufenthalt ausserhalb der Schweiz, des Fürstentums Liechtenstein, Westeuropas oder Nordamerikas beabsichtigt, und
- nicht in medizinischer Untersuchung oder Behandlung oder unter medizinischer Kontrolle steht, und
- voll arbeitsfähig ist, sofern sie erwerbstätig ist, oder
- sämtliche Tätigkeiten ausführen kann, die eine vollumfänglich gesunde Person desselben Alters und Geschlechtes ausführen kann, sofern sie nicht erwerbstätig ist.

5.1.3 Für bereits bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen und deren Folgen gilt der provisorische Versicherungsschutz nicht.

5.1.4 Tritt ein Versicherungsfall während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein, so erbringt der Versicherer die beantragten Versicherungsleistungen, jedoch höchstens für alle auf das Leben der gleichen Person hängigen Anträge und bestehenden Policen CHF 100'000. Für die Prämienbefreiung besteht kein provisorischer Versicherungsschutz.

5.1.5 Der provisorische Versicherungsschutz dauert längstens 60 Tage. Er erlischt

- mit Inkrafttreten des definitiven Versicherungsschutzes;
- sobald der Versicherungsnehmer den Antrag widerruft oder eine vom Versicherer vorgeschlagene Änderung ablehnt;
- sobald der Versicherer den Antrag zeitlich zurückstellt oder ablehnt.

5.2 Definitiver Versicherungsschutz

Der Versicherer entscheidet über die Annahme des Versicherungsantrags. Er kann den Antrag unverändert annehmen, Vorbehalte anbringen, Prämienzuschläge für besondere Risiken erheben, den Antrag zurückstellen oder die Versicherung ganz ablehnen. Der definitive Versicherungsschutz tritt an dem Datum in Kraft, das in der Police als Versicherungsbeginn genannt wird. Voraussetzung ist, dass die erste Prämienzahlung zu diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingetroffen ist.

Trifft die erste Prämienzahlung später ein, so verschiebt sich der Versicherungsbeginn auf den Ersten des darauffolgenden Monats.

5.3 Vertragsdauer

Die Versicherung wird für mindestens zehn ganze Versicherungsjahre abgeschlossen, längstens aber bis zum Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das massgebende Alter 75 erreicht (Schlussalter).

5.4 Kündigung, Rückkauf

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung vorzeitig auflösen, erstmals auf das Ende des ersten Versicherungsjahres und nachher auf das Ende jeden Monats. Eine vorzeitige Auflösung ist aber nur möglich, sofern die Prämie für mindestens ein Jahr bezahlt ist. Die schriftliche Mitteilung muss beim Versicherer bis zum 20. des Monats eintreffen, auf dessen Ende die Auflösung erfolgen soll.

Der Versicherungsschutz endet am Ende des Monats, auf den der Versicherungsnehmer die Versicherung aufgelöst hat.

Wurde die Prämie für mindestens ein Jahr bezahlt, erstattet der Versicherer den Rückkaufswert. Dieser entspricht dem angehäuften Sparkapital (Inventardeckungskapital) vermindert um die nicht gedeckten Abschlusskosten. Er beträgt mindestens zwei Drittel des Inventardeckungskapitals.

5.5 Umwandlung

5.5.1 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung von CONVENIA in eine prämienfreie Versicherung mit entsprechend reduzierter Leistung auf Ende eines Monats verlangen, sofern die Prämien für mindestens ein Jahr bezahlt wurden. Die entsprechende Mitteilung muss schriftlich bis zum 20. des Monats beim Versicherer eintreffen.

5.5.2 Für die Umwandlung wird das angehäuften Sparkapital (Inventardeckungskapital) als Einmalprämie für eine prämienfreie gemischte Versicherung mit reduzierter Leistung verwendet. Wurde die Prämie nicht für mindestens ein Jahr bezahlt, erlischt die Versicherung ohne einen Wert zu hinterlassen.

5.5.3 Mit der Umwandlung erlischt der Versicherungsschutz für Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit.

5.5.4 Der Rückkauf der umgewandelten Versicherung ist möglich.

5.6 Ende der Versicherung

5.6.1 Die Versicherung endet

- mit dem Tod der versicherten Person,
- durch Vertragsablauf.

5.6.2 Die Versicherung endet vorzeitig

- durch Widerruf des Antrags durch den Versicherungsnehmer,
- bei Kündigung und Rückkauf durch den Versicherungsnehmer,
- bei Kündigung durch den Versicherer infolge Anzeigepflichtverletzung,
- wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein nimmt oder sich länger als 12 Monate dort aufhält, ohne dass der Versicherer zuvor die Weiterführung der Versicherung schriftlich zugesagt hat,
- bei Nichtbezahlen der Prämie für das erste Versicherungsjahr bis zum Ablauf der Mahnfrist.

6. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

6.1 Generell

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht bei

- Tod oder Erwerbsunfähigkeit infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;

- Verweigerung oder Verhinderung der vom Versicherer verlangten Untersuchungen oder Abklärungen;
- Einsätzen für friedenserhaltende Massnahmen im Rahmen der UNO;
- Teilnahme an Krieg, kriegsähnlichen Handlungen oder bürgerlichen Unruhen. Es gelten die Bestimmungen gemäss Art. 13 zu Militärdienst, Krieg und Unruhen;
- Folgen eines von der versicherten Person vorsätzlich ausgeübten Verbrechens oder Vergehens oder des Versuchs dazu. Vorsatz besteht, wenn die versicherte Person die Tat mit Wissen und Willen ausführt oder die Verwirklichung der Tat für möglich hält und in Kauf nimmt.

6.2 Bei absichtlicher Herbeiführung

Kein Anspruch auf Leistungen besteht bei Ereignissen, welche die versicherte Person absichtlich herbeigeführt hat, namentlich

- wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren ab Beginn oder seit Wiederinkraftsetzung der Versicherung infolge Selbsttötung stirbt; in diesem Fall zahlt der Versicherer nur den Rückkaufswert aus;
- bei Erwerbsunfähigkeit infolge eines Selbsttötungsversuches innerhalb von drei Jahren nach Beginn oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung;
- wenn die versicherte Person ihre Erwerbsunfähigkeit absichtlich herbeigeführt hat.

Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, die zum Tod oder zur Erwerbsunfähigkeit führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

6.3 Bei Grobfahrlässigkeit und Wagnis

Wird ein versichertes Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt, kann der Versicherer die Versicherungsleistungen kürzen. Grobfahrlässigkeit liegt vor, wenn die Folgen des Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedacht werden oder darauf keine Rücksicht genommen wird und dabei elementarste Vorsichtsmassnahmen ausser acht gelassen werden, die jedem verständigen Menschen in der gleichen Lage und unter den gleichen Umständen hätten einleuchten müssen.

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 die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zu Gunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

6.4 Bei Tod eines Kindes

Der Versicherer darf auf das Leben eines versicherten Kindes höchstens folgende Beträge als Todesfallkapital ausbezahlen:

- CHF 2'500, wenn das Kind stirbt, bevor es zweieinhalb Jahre alt ist,
- CHF 20'000 aus sämtlichen bestehenden Versicherungen, wenn es im Zeitpunkt des Todes zwischen zweieinhalb und zwölf Jahre alt ist.

Übersteigen die bezahlten Prämien, aufgezinnt um 5%, das ausbezahlte Todesfallkapital, werden die aufgezinnten Prämien zurück erstattet.

7. Leistungen

7.1 Im Todesfall

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer, zahlt der Versicherer das garantierte Kapital sowie die bis dahin angehäuften Überschussbeteiligung aus.

7.2 Im Erlebensfall

Erlebt die versicherte Person den Vertragsabschluss, zahlt der Versicherer das garantierte Kapital sowie die über die gesamte Versicherungsdauer angehäuften Überschussbeteiligung aus.

7.3 Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit

Die folgenden Bestimmungen gelten nur, sofern die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit versichert ist.

7.3.1 Ist die versicherte Person während der Dauer der Versicherung durch einen Unfall oder eine Krankheit länger als 90 Kalendertage ununterbrochen erwerbsunfähig, deckt der Versicherer die weiteren Prämien einschliesslich deren Sparanteil und befreit den Versicherungsnehmer von der Pflicht zur Prämienzahlung.

7.3.2 Die Leistungen der Prämienbefreiung werden erst ab Alter 16 der versicherten Person entrichtet.

7.3.3 Die Wartefrist von 90 Tagen beginnt nach Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit jedes Mal neu, es sei denn, die Erwerbsunfähigkeit wiederholt sich aufgrund derselben Ursache innerhalb von zwölf Monaten.

7.3.4 Der Anspruch auf Prämienbefreiung wird in Abhängigkeit des Grades der Erwerbsunfähigkeit wie folgt bestimmt:

- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25 Prozent entsteht kein Anspruch.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit zwischen 25 Prozent und 70 Prozent besteht der Anspruch auf Prämienbefreiung prozentual entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 Prozent besteht Anspruch auf volle Prämienbefreiung.

- 7.3.5 Der Versicherungsnehmer, der infolge Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person die Prämienbefreiung beansprucht, muss dem Versicherer davon spätestens innerhalb eines Monats nach Ablauf der Wartefrist Meldung erstatten und die erforderlichen Unterlagen einreichen.
- 7.3.6 Im Falle einer verspäteten Anmeldung kann der Versicherer die Prämienbefreiung für die Periode verweigern, für welche die Anmeldung nicht rechtzeitig erfolgt war, es sei denn, die Verspätung ist den Umständen nach als unverschuldet anzusehen.
- 7.3.7 Bis zur Entscheidung durch den Versicherer muss der Versicherungsnehmer die Prämien weiter bezahlen. Zu viel bezahlte Prämien werden zurückerstattet.
- 7.3.8 Jede Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist dem Versicherer sofort mitzuteilen. Der Versicherer hat jederzeit das Recht, den Grad der Erwerbsunfähigkeit neu prüfen zu lassen. Die Prämienbefreiung wird dem neuen Grad angepasst oder aufgehoben. Die Änderung tritt auf den Tag in Kraft, an dem sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit geändert hat. Wurden infolge Veränderungen des Grades der Erwerbsunfähigkeit zu wenig Prämien bezahlt, sind diese nachzuzahlen.
- 7.3.9 Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit erlischt am Tag des Wiedererlangens der Erwerbsfähigkeit, bei Erreichen des AHV-Alters oder am Todestag der versicherten Person, spätestens aber bei Ablauf der Versicherung.

7.4 **Anspruchsbegründung**

- 7.4.1 Der Anspruch auf die Versicherungsleistung wird durch den Versicherer geprüft, wenn sämtliche notwendigen Unterlagen eingereicht sind. Für die Abklärung des Leistungsanspruchs sind alle nachfolgend aufgeführten Unterlagen einzureichen:
- im Todesfall:
 - die Versicherungspolice im Original,
 - der ausgefüllte Leistungsantrag,
 - das Familienbüchlein bzw. der Familienschein,
 - ein amtlicher Todesschein,
 - ein ärztliches Zeugnis.
 - bei Erwerbsunfähigkeit, spätestens einen Monat nach Ablauf der Wartefrist:
 - einen ausführlichen ärztlichen Bericht über Krankheit oder Unfallfolgen und Grad der Erwerbsunfähigkeit sowie
 - eine Beschreibung der von der versicherten Person vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit.
 - im Erlebensfall, bei Vertragsablauf und Rückkauf:
 - die Versicherungspolice im Original.
- 7.4.2 Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Arzt untersuchen zu lassen. Die Ärzte der versicherten Person sind gegenüber dem Versicherer vom Berufsgeheimnis entbunden.

- 7.4.3 Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

7.5 **Auszahlung**

Die Auszahlung des garantierten Kapitals und der Überschussbeteiligung oder des Rückkaufswerts erfolgt in Schweizer Franken (CHF) auf ein vom Begünstigten bezeichnetes Konto bei einer Bank in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein oder bei der schweizerischen Post.

Liegt eine Verpfändung vor, darf der Versicherer die fällige Leistung nur mit schriftlicher Zustimmung des Pfandgläubigers auszahlen.

8. **Begünstigung**

8.1 **Begünstigte Personen**

- 8.1.1 Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten nacheinander die folgenden Personen als begünstigt:
1. der Versicherungsnehmer,
 2. bei dessen Fehlen der Ehegatte oder der eingetragene Partner des Versicherungsnehmers,
 3. bei dessen Fehlen die Kinder des Versicherungsnehmers,
 4. bei deren Fehlen die Eltern des Versicherungsnehmers,
 5. bei deren Fehlen die übrigen Erben des Versicherungsnehmers.
- 8.1.2 Der Versicherungsnehmer kann jederzeit bis spätestens vor Auszahlung der Versicherungsleistung die Reihenfolge der Begünstigungsordnung ändern, Berechtigte ausschliessen oder andere Begünstigte bezeichnen, sofern er zuvor nicht eine unwiderrufliche Begünstigung erstellt hat.
- 8.1.3 Er muss die entsprechende Mitteilung schriftlich an den Versicherer richten und die begünstigte Person namentlich eindeutig bezeichnen. Als Begünstigte können auch juristische Personen eingesetzt werden.
- 8.1.4 Der Versicherungsnehmer kann die Begünstigung unwiderruflich erstellen. Hierfür muss er den Verzicht auf den Widerruf der Begünstigung auf der Police notieren und unterzeichnen, und die Police anschliessend dem Begünstigten übergeben.

8.2 **Begünstigung bei Konkurs und Pfändung**

- 8.2.1 Hat der Versicherungsnehmer die Begünstigung unwiderruflich erklärt, so unterliegt der durch die Begünstigung begründete Versicherungsanspruch nicht der Zwangsvollstreckung zugunsten der Gläubiger des Versicherungsnehmers.
- 8.2.2 Ansonsten erlischt die Begünstigung mit der Pfändung des Versicherungsanspruchs und mit der Konkursöffnung über den Versicherungsnehmer. Sie lebt wieder auf, wenn die Pfändung dahin fällt oder der Konkurs widerrufen wird.

- 8.2.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung auf sein eigenes Leben abgeschlossen, so sind sein Ehegatte, sein eingetragener Partner oder seine Nachkommen, vorbehaltlich allfälliger Pfandrechte, in der betriebs- oder konkursrechtlichen Verwertung des Versicherungsnehmers wie folgt privilegiert:
- Sind diese Personen begünstigt, so unterliegen weder deren Versicherungsanspruch noch derjenige des Versicherungsnehmers der Zwangsvollstreckung. Sofern sie es nicht ausdrücklich ablehnen, treten diese Begünstigten an Stelle des Versicherungsnehmers in die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag ein.
 - Sind andere Begünstigte ernannt, so können der Ehegatte, der eingetragene Partner oder die Nachkommen des Versicherungsnehmers mit dessen Zustimmung verlangen, dass ihnen der Anspruch aus dem Lebensversicherungsvertrag gegen Erstattung des Rückkaufwertes übertragen wird.

8.3 Abtretung und Verpfändung

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsanspruch verpfänden oder abtreten. Dazu sind sämtliche der folgenden Bedingungen zu erfüllen:

- ein schriftlicher Pfand- oder Abtretungsvertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Pfandgläubiger bzw. dem Erwerber des Anspruchs,
- die Übergabe der Versicherungspolice an den Pfandgläubiger bzw. den Erwerber des Anspruchs, und
- eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer.

Die Begünstigung tritt hinter das Pfandrecht zurück und entfaltet wieder ihre volle Wirkung, sobald die Verpfändung aufgehoben wird. Bei der Abtretung wird der Erwerber des Versicherungsanspruchs selbst Anspruchsberechtigter.

9. Prämien

9.1 Tarif

Die Versicherung wird mit Jahresprämien finanziert, die für die ganze Versicherungsdauer gleich hoch bleiben. Eine Einmalprämie ist nicht möglich.

9.2 Zahlungspflicht

Die Prämienperiode entspricht dem Versicherungsjahr. Die Prämie ist jährlich im Voraus zu bezahlen und wird jeweils zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, erstmals mit Vertragsabschluss. Die Jahresprämie kann gegen Zuschlag auch in Raten bezahlt werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen. Je nach Zahlungsweise kann der Versicherer einen weiteren Zuschlag auf die Prämie erheben.

9.3 Verzugsfolgen

Wird die Prämie nicht bis zum Datum der Fälligkeit entrichtet, so wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innerhalb von 14 Tagen nach Versand der Mahnung die ausstehenden Prämien zu zahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, und wurde die Prämie für das erste Versicherungsjahr nicht bezahlt, so erlischt der Versicherungsschutz vom Ablauf der Mahnfrist an; wurde sie für das erste Versicherungsjahr bezahlt, so erfolgt die Umwandlung in eine prämienfreie gemischte Versicherung mit reduzierter Leistung. Wird die Prämie nach Ablauf der Mahnfrist bezahlt, so tritt der Versicherungsschutz nicht automatisch wieder in Kraft. Der Versicherer kann die nachträglich bezahlte Prämie rückerstatten und die Weiterführung der Versicherung ablehnen, oder eine erneute Gesundheitsprüfung der versicherten Person verlangen, oder den Versicherungsschutz zu neuen Bedingungen gewähren. Für die Folgen sämtlicher Ereignisse, die zwischen dem Ablauf der Mahnfrist und der Annahme der nachträglich bezahlten Prämien samt Zinsen und Kosten stattfinden, besteht kein Versicherungsschutz.

9.4 Prämienrückerstattungen

Der Versicherer erstattet dem bei ihm erfassten Prämienzahler die Prämien zurück, die für die Zeit nach dem Tod der versicherten Person oder nach dem Ende der Versicherung infolge Rückkauf bezahlt worden waren.

Die für die Dauer der Prämienbefreiung bezahlten Prämien werden vollumfänglich zurückerstattet.

10. Umgang mit Daten

10.1 Der Versicherer bearbeitet die Daten, die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages notwendig sind, namentlich Angaben über den Versicherungsnehmer, die versicherte Person, den Prämienzahler und die Begünstigten.

10.2 Daten werden elektronisch gespeichert oder in Papierform aufbewahrt.

10.3 Der Versicherer kann einen Teil der Risiken auf einen Rückversicherer übertragen. Hierfür gibt er ihm die für die Rückversicherung erforderlichen Personendaten bekannt.

10.4 Der Versicherer kann für die Abwicklung der Versicherung externe Fachpersonen beziehen (z. B. Ärzte, Rechtsexperten), die er ihrerseits zur Einhaltung von Datenschutz und Geheimhaltung verpflichtet. Im Rahmen der Antrags- oder Leistungsprüfung

können auch bei anderen Versicherungsgesellschaften Personendaten erhoben oder diesen bekannt gegeben werden. An weitere Dritte werden Personendaten nur mit Einverständnis des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person bekannt gegeben.

11. Gerichtsstand

Der Versicherer kann an seinem Geschäftssitz in Luzern oder am schweizerischen bzw. liechtensteinischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten gerichtlich belangt werden.

12. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen gelten für die gesamte Dauer der Versicherung. Ändert der Versicherer im Laufe der Vertragsdauer die Versicherungsbedingungen der gemischten Lebensversicherung CONVENIA, so prüft er auf Antrag des Versicherungsnehmers, ob und in welchem Umfang die neuen Versicherungsbedingungen angewendet werden können.

13. Militärdienst, Krieg und Unruhen

13.1 Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen dieser AVB ohne weiteres in die Versicherung eingeschlossen.

13.2 Führt die Schweiz Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen, wird vom Kriegsbeginn an ein einmaliger Kriegs-Umlagebeitrag geschuldet, der ein 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.

13.3 Der Kriegs-Umlagebeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar oder unmittelbar verursachten Schäden, soweit sie Versicherungen betreffen, für welche diese Bedingungen gelten. Die Feststellung dieser Kriegsschäden und der verfügbaren Deckungsmittel sowie die Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages und dessen Tilgungsmöglichkeit – gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen – erfolgen durch den Versicherer im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde.

13.4 Werden vor der Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages Leistungen aus der Versicherung fällig, so ist der Versicherer befugt, für einen angemessenen Teil die Zahlung bis ein Jahr nach Kriegsschluss aufzuschieben. Der aufzuschiebende Teil der Leistungen und der Zinsfuss, zu welchem dieser Teil zu verzinsen ist, werden durch den Versicherer im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt.

13.5 Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss im Sinne obenstehender Bestimmungen zu gelten haben, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt.

13.6 Nimmt der Versicherte an einem Krieg 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 Krieges oder innert 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, treten anstelle des Deckungskapitals die Renten, welche dem auf den Todestag berechneten Deckungskapital entsprechen, höchstens jedoch die versicherten Renten.

13.7 Der Versicherer behält sich vor, die Bestimmungen dieses Artikels im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde auch mit Wirkung für diese Versicherung abzuändern. Ausserdem bleiben gesetzliche und behördliche, im Zusammenhang mit dem Krieg erlassene Massnahmen, insbesondere solche über den Rückkauf der Versicherung, ausdrücklich vorbehalten.


Dir vertraue ich

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