Risikokapitalversicherung KTI

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2023

SWICA

Inhaltsverzeichnis

Kundeninformation zur	
Risikokapitalversicherung KTI	3
Risikolebensversicherung ohne Sparanteil.....	3
Prämienbefreiung.....	3
Wählbare Versicherungssumme	3
KTI für Kinder	3
Prämie und Zahlung	3
Versicherungsbeginn und Versicherungsende	4
Einschränkungen bei den Leistungen	4
Versicherer	4
Ihre Betreuung.....	4
Datenschutz	4
Risikokapitalversicherung KTI	
Freie Vorsorge (Säule 3b)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	6
I. Gegenstand der Versicherung.....	6
II. Beteiligte am Vertrag	7
III. Vertragsgrundlagen	8
IV. Vertragsabschluss	8
V. Beginn, Dauer und Ende der Versicherung	9
VI. Einschränkungen des Versicherungsschutzes	9
VII. Auszahlung der Leistungen	10
VIII. Begünstigung.....	12
IX. Prämien.....	13
X. Umgang mit Daten	13
XI. Gerichtsstand	14
XII. Anpassung der Versicherungsbedingungen	14
XIII. Militärdienst, Krieg und Unruhen	14

Kundeninformation zur Risikokapitalversicherung KTI

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

Risikolebensversicherung ohne Sparanteil

Mit KTI sind Tod und/oder Invalidität infolge Krankheit versichert.

- Im Todesfall kommt das versicherte Todesfallkapital zur Auszahlung.
- Bei dauernder Invalidität wird das versicherte Invaliditätskapital ausgerichtet. Bei einer Invalidität ab 40 Prozent wird es in Abhängigkeit vom Grad der Invalidität ausbezahlt. Bei einer Invalidität von mindestens 70 Prozent erhält die versicherte Person das volle Invaliditätskapital.
- Die Versicherung hat keinen Sparanteil und keinen Rückkaufswert.

Beim Todesfall- und beim Invaliditätskapital handelt es sich um eine Summenversicherung.

Prämienbefreiung

Bei einer länger dauernden Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person sind Sie von der Prämienzahlung befreit.

- Wird die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall erwerbsunfähig, müssen Sie nach einer Wartezeit von 180 Tagen keine Prämien bezahlen. Der Versicherungsschutz bleibt unverändert.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit ab 40 Prozent wird die Prämie anteilmässig reduziert. Ab 70 Prozent Erwerbsunfähigkeit sind Sie von der Bezahlung der vollen Prämien befreit.

Bei der Prämienbefreiung handelt es sich um eine Summenversicherung.

Wählbare Versicherungssumme

Die Versicherungssumme für Tod und für Invalidität ist frei wählbar, jeweils in Schritten von 10000 Franken. Die Mindestsumme bei Invalidität und bei Tod beträgt 10000 Franken.

KTI für Kinder

Für Kinder bis zum 12. Altersjahr beträgt die maximale Versicherungssumme bei Tod 20000 Franken. Stirbt das Kind, bevor es zweieinhalb Jahre alt ist, werden höchstens 2500 Franken ausbezahlt. Zwischen dem 12. und dem 15. Altersjahr bezahlt der Versicherer ein Todesfallkapital von höchstens 200000 Franken. Ab dem 15. Altersjahr gelten die Versicherungssummen für Erwachsene.

Prämie und Zahlung

Die Gesamtprämie ergibt sich aus der Prämie für Tod, Invalidität und Erwerbsunfähigkeit. Dabei hängt die Höhe der Prämie vom versicherten Kapital sowie vom Alter der versicherten Person ab. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko. Die Prämien werden entsprechend angepasst. Ab Alter 56 reduziert sich das Invaliditätskapital jährlich linear bis zum Erreichen des Schlusalters, dafür erfolgt keine Anpassung der Prämie an das steigende Risiko. Das Todesfallkapital bleibt hingegen konstant. Der Versicherer kann die Prämientarife während der Vertragsdauer anpassen.

Versicherungsbeginn und Versicherungsende

Der Versicherungsantrag muss vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt werden. Wenn eine Frage unrichtig beantwortet oder etwas verschwiegen wurde, kann der Versicherer die Versicherung kündigen und die Leistung verweigern. Nachträgliche Änderungen der im Antrag aufgeführten Tatsachen müssen bis zum Versicherungsabschluss nachgemeldet werden. Das sind insbesondere Krankheiten und/oder Unfälle, die nach der Antragstellung eingetreten sind. Die Versicherung beginnt an dem Datum, das in der Police aufgeführt ist. Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Die Versicherung endet im Normalfall am 31. Dezember des Jahres, in dem die versicherte Person das 60. Altersjahr vollendet hat, oder mit deren Tod. Nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr kann KTI vorzeitig auf Ende des laufenden Kalenderjahres gekündigt werden. Wenn Sie mit der Bezahlung der Prämie in Verzug sind und trotz Mahnung nicht bezahlen, kann der Versicherer die Versicherung auflösen. Die Versicherung endet zudem, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt und der Versicherer die Weiterführung nicht schriftlich bestätigt. Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den AVB sowie aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Einschränkungen bei den Leistungen

Wird der Todesfall oder die Invalidität absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt oder treten sie als Folge eines Wagnisses auf, kann der Versicherer die Versicherungsleistungen kürzen oder verweigern. Weitere Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind in den AVB (siehe hinten) und im VVG festgehalten.

Versicherer

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

Ihre Betreuung

Die SWICA Versicherungen AG (SWICA) vermittelt die Risikokapitalversicherung KTI der CONCORDIA und betreut in deren Auftrag die Kundinnen und Kunden, erstellt die Policen und erledigt das Prämieninkasso und das Mahnwesen. Sie hat zu diesem Zweck mit der CONCORDIA einen Vertrag abgeschlossen.

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).

Datenschutz

Die oben genannten verantwortlichen Gesellschaften bearbeiten Daten insbesondere zu folgenden Zwecken:

- Abschluss und Abwicklung des Versicherungsvertrags (inkl. Offertstellung):
Der Zweck der Datenbearbeitung ist die Offertstellung bzw. der Abschluss sowie die Abwicklung des Versicherungsvertrags. Dies beinhaltet insbesondere folgende Zwecke: Bearbeitung von Anfragen, Leistungsabwicklung, Einhaltung von rechtlichen, regulatorischen und internen Vorgaben, Provisionsabwicklung, Datenpflege, statistische Auswertung, Antragsprüfung und Underwriting sowie Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung (VVG), Kundeninformation, Kundenkorrespondenz, Inkasso/Exkasso, Kundenberatung, Versichertenkarte, Abklärung der Versicherungspflicht, Rabattüberprüfung, Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt.
- Sicherheit:
Der Zweck der Bearbeitung ist das Gewährleisten der Informationssicherheit. Dies kann insbesondere folgende Zwecke beinhalten: Überwachung und Protokollierung der Systeme und Netzwerke der CONCORDIA, Sicherstellung des Betriebs, Störungsmanagement, Testing, Backup-Management.
- Marketing:
Die Daten werden für Marketingzwecke der CONCORDIA verwendet. Insbesondere können die betroffenen Personen einmal jährlich mit einem Schreiben und durch Mitarbeitende der CONCORDIA Versicherungen AG oder eines Partnercenters telefonisch kontaktiert werden. Weitere Marketingaktivitäten können sein: Ermittlung der Kundenzufriedenheit und der Kundenbedürfnisse, Marktforschung sowie Erbringung von massgeschneiderten Dienstleistungen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmässigkeit der Datenbearbeitung, die zwischen der Einwilligung und dem Widerruf erfolgt, wird dadurch nicht berührt.

Werden Daten mit Drittpersonen ausgetauscht?

Daten können unter bestimmten Voraussetzungen bei Dritten beschafft werden (z.B. Spital, ärztliche Fachpersonen, andere Versicherer, Behörden). In diesen Fällen handelt es sich um Versichertendaten (z.B. Name, Adresse, Kontaktdaten, Versicherungsprodukte) oder um Gesundheitsdaten (z.B. Rechnungen, medizinische Berichte, Leistungsabrechnungen). Im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten können Daten auch an Empfängerinnen und Empfänger bekannt gegeben werden. Abhängig vom Einzelfall handelt es sich insbesondere um folgende Kategorien von Empfängerinnen und Empfängern: Dienstleistungsanbieter, die die CONCORDIA bei der Erfüllung der Bearbeitungszwecke unterstützen (z.B. IT-Dienstleister, Druckereien, Partnercenter), Behörden, andere Versicherer, Rückversicherer, externe Sachverständige, beteiligte Dritte in Rechtsstreitigkeiten sowie weitere Gesellschaften der CONCORDIA-Gruppe.

Die Daten können an die Landesvertretung der CONCORDIA in Liechtenstein übermittelt werden. Der Bundesrat hat festgestellt, dass die Gesetzgebung in Liechtenstein einen angemessenen Schutz gemäss Art. 16 Abs. 2 DSGVO gewährleistet.

Wer ist für die Bearbeitung der Daten verantwortlich?

Verantwortlich für die Bearbeitung der Daten ist die CONCORDIA Versicherungen AG, Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Der oder die betriebliche Datenschutzbeauftragte kann wie folgt kontaktiert werden: CONCORDIA, Datenschutz, Bundesplatz 15, 6002 Luzern, info@concordia.ch oder +41 41 228 01 11.

In der Datenschutzerklärung unter [concordia.ch/datenschutz](https://www.concordia.ch/datenschutz) finden Sie umfassende Informationen dazu.

Risikokapitalversicherung KTI

Freie Vorsorge (Säule 3b)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

I. Gegenstand der Versicherung

Art. 1.1 Versicherte Risiken

Die Risikokapitalversicherung KTI bietet im Rahmen der freien Vorsorge (Säule 3b) Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Tod oder Invalidität infolge Krankheit.

Bei einer länger als 180 Tage andauernden Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person infolge Krankheit oder Unfall befreit sie von der Pflicht zur Prämienzahlung.

KTI ist eine reine Risikoversicherung. Weil ihre Prämien keinen Sparanteil beinhalten, hat sie keinen Rückkaufswert und erbringt keine Leistung im Erlebensfall ausser bei Invalidität und Erwerbsunfähigkeit. Beim Todesfall- und beim Invaliditätskapital und bei der Prämienbefreiung handelt es sich um Summenversicherungen.

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

Art. 1.2 Versichertes Kapital

Art. 1.2.1 Für jede versicherte Person kann ein Todesfallkapital oder ein Invaliditätskapital oder beides versichert werden.

Art. 1.2.2 Die Höhe des pro Risiko versicherten Kapitals ist in der Versicherungspolice aufgeführt. Es beträgt mindestens 10000 Franken bei Tod und mindestens 10000 Franken bei Invalidität. Bis zum Ende des 12. Altersjahres der versicherten Person sind bei Tod höchstens 20000 Franken versicherbar.

Art. 1.2.3 Das versicherte Todesfallkapital bleibt konstant bis zum Vertragsablauf.

Art. 1.2.4 Das versicherte Invaliditätskapital bleibt konstant bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem für die versicherte Person das Alter 55 gilt. Anschliessend reduziert es sich jährlich linear (jeweils gerundet auf die nächsten 5000 Franken) bis zum Erreichen des Schlussalters.

Art. 1.2.5 Wird ein Teil des Invaliditätskapitals ausbezahlt, bleibt der andere Teil versichert. Eine Wiederaufnahme oder Erhöhung des ursprünglich versicherten Kapitals ist ausgeschlossen.

Art. 1.3 Krankheit

Als Krankheit gilt eine medizinisch objektiv feststellbare Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die medizinischer Untersuchung und Behandlung bedarf.

Art. 1.4 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine medizinisch objektiv feststellbare Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als Unfall gelten auch

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

Wird der Tod oder die Invalidität durch einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung verursacht, entsteht kein Anspruch auf Leistungen. Bei Zusammentreffen verschiedener Ursachen werden Leistungen in der Höhe des Anteils ausgerichtet, der nicht Folge des Unfallereignisses ist.

Art. 1.5 Erwerbsunfähigkeit

Eine Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn infolge von Krankheit oder Unfall

- 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 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.

Art. 1.6 Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bis ans Lebensende andauernde Erwerbsunfähigkeit. Sie wird vom Versicherer anerkannt,

- wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht erwartet werden kann und die Erwerbsunfähigkeit trotz Eingliederungsmassnahmen verbleiben wird und
- wenn sie über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten bestanden hat. Steht die Invalidität vor Ablauf von zwölf Monaten fest, kann der Versicherer sie früher anerkennen.

Art. 1.7 Feststellung durch den Versicherer

Der Versicherer stellt die Erwerbsunfähigkeit bzw. die Invalidität, deren Eintritt, Grad und Dauer gestützt auf eine Beurteilung fest, die eine von ihm anerkannte oder von ihm benannte sachverständige Person in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein durchgeführt hat.

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invalidität 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.

Bei nicht erwerbstätigen oder in Ausbildung stehenden Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invalidität 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.

II. Beteiligte am Vertrag

Art. 2.1 Schriftform, gleichgestellte Textform

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind andere Formen, die den Nachweis durch Text ermöglichen. Der Versicherer kann Vorgaben zu den anderen Formen machen, damit sie als der Schriftform gleichgestellt gelten.

Vorbehalten bleiben zwingende Gesetzesvorschriften sowie die Rechtsprechung dazu. Die Verwendung der anderen Formen kann mit erhöhten datenschutzrechtlichen Risiken verbunden sein. Der Versicherer haftet nicht für Verhalten, das die versicherungsnehmende Person selber zu verantworten hat.

Art. 2.2 Beteiligte

Am Versicherungsvertrag sind folgende Personen beteiligt:

- **Versicherungsnehmende Person** 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 die versicherungsnehmende Person selbst oder eine andere Person sein.
- **Begünstigte** sind diejenigen Personen oder Institutionen, die gemäss dem Willen der versicherungsnehmenden Person die versicherten Leistungen ganz oder teilweise erhalten sollen.
- **Prämienzahlende Person** ist die versicherungsnehmende Person, sofern sich nicht eine andere Person zur Prämienzahlung verpflichtet hat.
- **Versicherer** und Vertragspartner der versicherungsnehmenden Person ist die CONCORDIA Versicherungen AG.
- **Kundenbetreuer** im Auftrag des Versicherers ist die SWICA Versicherungen AG (SWICA).

SWICA kann versicherungsnehmende, versicherte und prämienzahlende Personen sowie Begünstigte in allen Belangen zu KTI beraten, ihnen Mitteilungen zustellen und von ihnen Mitteilungen empfangen. Sie kann vom Versicherer mit Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der Versicherung beauftragt werden.

Art. 2.3 Mitteilungen

Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz von SWICA oder die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.

Der Versicherer bzw. SWICA richten Mitteilungen an versicherungsnehmende, versicherte und prämienzahlende Personen sowie Begünstigte schriftlich an die zuletzt bekannt gegebene Adresse.

Mitteilungen können auch in elektronischer Form erfolgen. Der Versicherer kann dazu Vorgaben machen, damit sie als zugestellt gelten. Wohnt die versicherungsnehmende Person ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein, muss sie eine Vertretung in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein bezeichnen, an die der Versicherer bzw. SWICA alle Mitteilungen rechtsgültig richten können.

III. Vertragsgrundlagen

Art. 3.1 Anwendbare Bestimmungen

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.

Art. 3.2 Massgebendes Alter

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.

Art. 3.3 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr dauert vom Versicherungsbeginn bis zum Ende desselben Kalenderjahres.

IV. Vertragsabschluss

Art. 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 56 gilt, kann keine neue Versicherung mehr abgeschlossen und das versicherte Kapital nicht mehr erhöht werden.

Art. 4.2 Antragstellung

Die versicherungsnehmende Person 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 gesetzliche Vertretung vollständig und wahrheitsgetreu beantworten. Mit diesen Unterlagen meldet SWICA dem Versicherer die zu versichernden Personen zur Aufnahme an.

Die versicherungsnehmende Person ist 14 Tage oder, wenn eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, vier Wochen an ihren Antrag gebunden, sofern sie keine kürzere Frist gesetzt und den Antrag nicht widerrufen hat.

Art. 4.3 Widerruf

Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

Art. 4.4 Anzeigepflicht und Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Die versicherungsnehmende Person und die versicherte Person bzw. deren Vertretung 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.

Eine Verletzung der Anzeigepflicht besteht, wenn die versicherungsnehmende Person oder die versicherte Person bzw. deren Vertretung bei der Beantwortung der Fragen 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 vorhanden gewesene Krankheiten oder Unfallfolgen.

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.

Art. 4.5 Nachmeldepflicht bis zum Versicherungsabschluss

Ändern sich nach erfolgter Beantwortung der Fragen bis zum Versicherungsabschluss Tatsachen, die zu einer erheblichen Gefahrerhöhung führen, so müssen dies die antragstellende und die versicherte Person bzw. deren Vertretung dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitteilen und die Beantwortung der Fragen ergänzen oder berichtigen. Bei Gefahrerhöhung oder Verletzung der Meldepflicht hat der Versicherer das Recht, vom Vertrag zurückzutreten.

Art. 4.6 Höherversicherung

Die Erhöhung der Versicherungssumme ist dem Neuabschluss gleichgestellt.

V. Beginn, Dauer und Ende der Versicherung

Art. 5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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 Versicherungsschutz tritt an dem Datum in Kraft, das in der Police als Versicherungsbeginn genannt wird.

Art. 5.2 Vertragsdauer

Die Versicherung dauert längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das massgebende Alter 60 erreicht (Schlussalter).

Art. 5.3 Kündigung

Die versicherungsnehmende Person kann frühestens ein Jahr nach Versicherungsbeginn mittels schriftlicher Mitteilung die Versicherung vorzeitig auf das Ende des laufenden Kalenderjahres kündigen oder die Versicherungssumme reduzieren.

Art. 5.4 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet

- mit dem Tod der versicherten Person,
- bei vollständiger Invalidität der versicherten Person, sofern der Todesfall nicht versichert ist,
- durch Erreichen des Schlussalters.

Die Versicherung endet vorzeitig

- durch Widerruf des Antrags durch die versicherungsnehmende Person,
- durch Kündigung der versicherungsnehmenden Person,
- durch Kündigung des Versicherers infolge Anzeigepflichtverletzung,
- wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein nimmt,
- bei Nichtbezahlen der Prämie bis zum Ablauf der Mahnfrist.

VI. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Art. 6.1 Generell

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht bei

- Tod, Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
- Tod oder Invalidität durch Berufskrankheiten im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes (UVG);
- Verweigerung oder Verhinderung der vom Versicherer verlangten Untersuchungen, Abklärungen oder Massnahmen zur beruflichen Reintegration;
- 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.

Art. 6.2 Bei absichtlicher Herbeiführung

Kein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn die versicherte Person

- innerhalb von drei Jahren ab Beginn, Erhöhung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung infolge Selbsttötung stirbt oder beim Versuch dazu erwerbsunfähig oder invalid wird,
- ihre Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität absichtlich herbeigeführt hat.

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

Art. 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 zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

Art. 6.4 Bei Tod eines Kindes

Der Versicherer zahlt auf das Leben eines versicherten Kindes höchstens folgende Beträge als Todesfallkapital aus:

- 2500 Franken, wenn das Kind stirbt, bevor es zweieinhalb Jahre alt ist,
- 20000 Franken aus sämtlichen bestehenden Versicherungen, wenn es zwischen zweieinhalb und zwölf Jahre alt ist,
- 200000 Franken, wenn das Kind stirbt, bevor es das 15. Altersjahr vollendet hat.

VII. Auszahlung der Leistungen

Art. 7.1 Im Todesfall

Tritt der Tod der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes ein, so entsteht Anspruch auf das Todesfallkapital.

Erfolgt der Tod der versicherten Person, nachdem das Invaliditätskapital bereits ganz oder teilweise ausbezahlt wurde, dann wird das Todesfallkapital ebenfalls ausbezahlt, sofern zwischen dem Eintritt der Invalidität und dem Tod der versicherten Person mindestens sechs Monate verstrichen sind. Tritt der Tod vorher ein und ist das versicherte Todesfallkapital höher als das bereits ausbezahlte Invaliditätskapital, so besteht Anspruch auf Auszahlung der Differenz. Steht die Todesursache in keinem Zusammenhang mit der Invaliditätsursache, so wird das volle Todesfallkapital ausbezahlt.

Art. 7.2 Bei Invalidität

Tritt eine Invalidität der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes ein, so entsteht der Anspruch auf das Invaliditätskapital in Abhängigkeit vom Grad der Invalidität.

Dabei entsteht bei einer Invalidität von mindestens 70 Prozent Anspruch auf das volle versicherte Kapital; eine Invalidität von weniger als 40 Prozent ergibt keinen Anspruch.

Grad der Invalidität	Anspruch in Prozent des vollen versicherten Kapitals
0–39%	0%
40–49%	25%
50–59%	50%
60–69%	75%
ab 70%	100%

Art. 7.3 Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit

Art. 7.3.1 Ist die versicherte Person während der Dauer der Versicherung durch einen Unfall oder eine Krankheit länger als 180 Kalendertage ununterbrochen erwerbsunfähig, deckt der Versicherer die weiteren Prämien und befreit die versicherungsnehmende Person von der Pflicht zur Prämienzahlung.

Art. 7.3.2 Die Wartefrist von 180 Tagen beginnt nach Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit jedes Mal neu, es sei denn, die Erwerbsunfähigkeit wiederholt sich aufgrund derselben Ursache innerhalb von zwölf Monaten.

Art. 7.3.3 Der Anspruch auf Prämienbefreiung wird in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsunfähigkeit wie folgt bestimmt:

- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von weniger als 40 Prozent entsteht kein Anspruch.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit zwischen 40 Prozent und 70 Prozent besteht der Anspruch auf Prämienbefreiung prozentual entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 Prozent entsteht Anspruch auf volle Prämienbefreiung.

Art. 7.3.4 Die versicherungsnehmende Person, die 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.

Art. 7.3.5 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.

Art. 7.3.6 Bis zur Entscheidung durch den Versicherer muss die versicherungsnehmende Person die Prämien weiter bezahlen. Zu viel bezahlte Prämien werden zurückerstattet.

Art. 7.4 Anpassung an den Grad der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität

Jede Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität ist dem Versicherer sofort mitzuteilen. Der Versicherer hat jederzeit das Recht, den Grad der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität 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. Sind infolge Veränderungen des Grades der Erwerbsunfähigkeit oder der Invalidität zu hohe Leistungen bezogen worden, so sind diese zurückzuerstatten. Wurden zu wenig Prämien bezahlt, sind diese nachzuzahlen.

Art. 7.5 Anspruchsbegründung

Art. 7.5.1 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 Invalidität:

- die Versicherungspolice im Original,
- der ausgefüllte Leistungsantrag,
- ein Bericht der behandelnden Ärzte über Ursache, Verlauf und Dauer der Invalidität.

bei Erwerbsunfähigkeit, spätestens einen Monat nach Ablauf der Wartefrist:

- ein ausführlicher ärztlicher Bericht über Krankheit oder Unfallfolgen und Grad der Erwerbsunfähigkeit sowie
- eine Beschreibung der von der versicherten Person vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit.

Art. 7.5.2 Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch eine Ärztin oder einen Arzt untersuchen zu lassen. Die Ärzte der versicherten Person sind gegenüber dem Versicherer vom Berufsgeheimnis entbunden.

Art. 7.5.3 Die Unterlagen und Nachweise sind in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Werden Unterlagen oder Nachweise in einer anderen Sprache eingereicht, kann der Versicherer von der anspruchsberechtigten Person eine in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein amtlich beglaubigte Übersetzung der Dokumente verlangen.

Art. 7.5.4 Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 7.6 Auszahlung

Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt in Schweizer Franken (CHF) auf ein von der begünstigten Person 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 der Pfandgläubigerin oder des Pfandgläubigers auszahlen.

VIII. Begünstigung

Art. 8.1 Begünstigte Personen

Art. 8.1.1 Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten nacheinander die folgenden Personen als begünstigt:

1. die versicherte Person,
2. bei deren Ableben die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner der versicherten Person,
3. bei deren Fehlen die Kinder der versicherten Person,
4. bei deren Fehlen die Eltern der versicherten Person,
5. bei deren Fehlen die übrigen gesetzlichen Erben der versicherten Person unter Ausschluss des Gemeinwesens.

Art. 8.1.2 Sind keine Begünstigten vorhanden, werden die Bestattungskosten übernommen, höchstens jedoch 10 Prozent des versicherten Todesfallkapitals, im Minimum 2500 Franken.

Art. 8.1.3 Die versicherungsnehmende Person kann jederzeit bis spätestens vor Auszahlung der Versicherungsleistung die Reihenfolge der Begünstigungsordnung ändern, Berechtigte ausschliessen oder andere Begünstigte bezeichnen, sofern sie zuvor nicht eine unwiderrufliche Begünstigung erstellt hat. Sie kann die Begünstigung auch testamentarisch oder in einem Erbvertrag oder mit einer formlosen einseitigen Willenserklärung regeln. Die versicherungsnehmende Person kann sich dafür nicht vertreten lassen.

Art. 8.1.4 Die versicherungsnehmende Person muss die entsprechende Mitteilung schriftlich an den Versicherer richten und die begünstigte Person namentlich eindeutig bezeichnen (eine grundsätzlich der Schriftform gleichgestellte andere Textform ist ungültig). Als Begünstigte können auch juristische Personen eingesetzt werden.

Art. 8.1.5 Die versicherungsnehmende Person kann die Begünstigung unwiderruflich erstellen. Hierfür muss sie den Verzicht auf den Widerruf der Begünstigung auf der Police notieren und unterzeichnen und die Police abschliessend der begünstigten Person übergeben.

Art. 8.2 Begünstigung bei Konkurs und Pfändung

Art. 8.2.1 Hat die versicherungsnehmende Person die Begünstigung unwiderruflich erklärt, so unterliegt der durch die Begünstigung begründete Versicherungsanspruch nicht der Zwangsvollstreckung zugunsten der Gläubigerinnen oder Gläubiger der versicherungsnehmenden Person.

Ansonsten erlischt die Begünstigung mit der Pfändung des Versicherungsanspruchs und mit der Konkurseröffnung über die versicherungsnehmende Person. Sie lebt wieder auf, wenn die Pfändung dahinfällt oder der Konkurs widerrufen wird.

Art. 8.2.2 Hat die versicherungsnehmende Person die Versicherung auf ihr eigenes Leben abgeschlossen, so sind ihre Ehegattin, ihr Ehegatte, ihre eingetragene Partnerin, ihr eingetragener Partner oder ihre Nachkommen, vorbehaltlich allfälliger Pfandrechte, in der betriebs- oder konkursrechtlichen Verwertung der versicherungsnehmenden Person privilegiert wie folgt:

- Sind diese Personen begünstigt, so unterliegen weder deren Versicherungsanspruch noch derjenige der versicherungsnehmenden Person der Zwangsvollstreckung. Sofern sie es nicht ausdrücklich ablehnen, treten diese Begünstigten anstelle der versicherungsnehmenden Person in die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag ein.
- Sind andere Begünstigte ernannt, so können die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Partnerin, der eingetragene Partner oder die Nachkommen der versicherungsnehmenden Person mit deren Zustimmung verlangen, dass ihnen der Anspruch aus dem Lebensversicherungsvertrag übertragen wird.

Art. 8.3 Abtretung und Verpfändung

Die versicherungsnehmende Person kann den Versicherungsanspruch verpfänden oder abtreten. Dazu sind sämtliche der folgenden Bedingungen zu erfüllen:

- ein schriftlicher Pfand- oder Abtretungsvertrag zwischen der versicherungsnehmenden Person und der Pfandgläubigerin oder dem Pfandgläubiger bzw. der Erwerberin oder dem Erwerber des Anspruchs (eine grundsätzlich der Schriftform gleichgestellte andere Textform ist ungültig),
- die Übergabe der Versicherungspolice an die Pfandgläubigerin oder den Pfandgläubiger bzw. die Erwerberin oder den Erwerber des Anspruchs und
- eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer (eine grundsätzlich der Schriftform gleichgestellte andere Textform ist ungültig).

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

IX. Prämien

Art. 9.1 Tarif

Die Prämie wird jährlich berechnet und ist der Police zu entnehmen. Die Prämientarife sehen risikobasierte Altersstufen vor. Erreicht das massgebende Alter der versicherten Person die nächste Stufe, erhöht sich die Prämie aufgrund des höheren Risikos.

Art. 9.2 Tarifierfassung

Die Prämientarife sind nicht garantiert. Der Versicherer darf sie anpassen, wenn sich die der Prämienberechnung zugrunde liegenden Verhältnisse erheblich geändert haben. Hierfür teilt er der versicherungsnehmenden Person die Anpassung spätestens 30 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung schriftlich zu kündigen. Macht sie von diesem Recht Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf des laufenden Versicherungsjahres. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag des laufenden Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

Art. 9.3 Zahlungspflicht

Die Prämie wird jährlich berechnet und ist der Police zu entnehmen.

Art. 9.4 Verzugsfolgen

Wird die Prämie nicht bis zum Datum der Fälligkeit entrichtet, so wird die versicherungsnehmende Person 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, erlischt der Versicherungsschutz vom Ablauf der Mahnfrist an.

Wird die Prämie nach Ablauf der Mahnfrist bezahlt, so tritt der Versicherungsschutz nicht automatisch wieder in Kraft. Der Versicherer kann die nachträglich bezahlte Prämie zurückerstatten 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.

Art. 9.5 Prämienrückerstattungen

Der Versicherer erstattet der bei ihm aktuell erfassten prämienszahlenden Person die Prämien zurück, die für die Zeit nach dem Tod oder nach Eintritt der Invalidität der versicherten Person bezahlt worden sind.

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

X. Umgang mit Daten

Art. 10.1 Datenbearbeitung

Der Versicherer bearbeitet die Daten, die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages notwendig sind, namentlich Angaben über die versicherungsnehmenden, die versicherten und die prämienszahlenden Personen sowie die Begünstigten.

Art. 10.2 Datenaufbewahrung

Daten werden elektronisch gespeichert oder in Papierform aufbewahrt.

Art. 10.3 Datenaustausch zwischen Versicherer und SWICA

Die Kundenberatung erfolgt durch SWICA. SWICA übermittelt dem Versicherer die für den Vertragsschluss notwendigen Personendaten. Nach Abschluss des Vertrages gibt der Versicherer SWICA die für die Policierung, das Prämieninkasso, das Mahnwesen und die weitere Kundenbetreuung notwendigen Daten bekannt.

Art. 10.4 Datenweitergabe an Rückversicherer

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

Art. 10.5 Datenweitergabe an Dritte

Der Versicherer kann für die Abwicklung der Versicherung externe Fachpersonen beiziehen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Rechtsexpertinnen und -experten), die er ihrerseits zur Einhaltung von Datenschutz und Geheimhaltung verpflichtet. Im Rahmen der Antrags- oder Leistungsprüfung können auch bei anderen Versicherungsgesellschaften Personendaten erhoben oder an diese bekannt gegeben werden. An weitere Dritte werden Personendaten nur mit Einverständnis der versicherungsnehmenden bzw. der versicherten Person bekannt gegeben.

XI. Gerichtsstand

Der Versicherer kann an seinem Geschäftssitz in Luzern oder am schweizerischen bzw. liechtensteinischen Wohnsitz der versicherungsnehmenden bzw. der anspruchsberechtigten Person gerichtlich belangt werden.

XII. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen gelten für die gesamte Dauer der Versicherung. Ändert der Versicherer im Laufe der Vertragsdauer die Versicherungsbedingungen der Risikokapitalversicherung KTI, so prüft er auf Antrag der versicherungsnehmenden Person, ob und in welchem Umfang die neuen Versicherungsbedingungen angewendet werden können.

XIII. Militärdienst, Krieg und Unruhen

Art. 13.1 Militärdienst in Friedenszeiten

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.

Art. 13.2 Umlagebeitrag in Kriegszeiten

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 die versicherte Person am Krieg teilnimmt oder nicht und ob sie sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält, ist unerheblich.

Art. 13.3 Festsetzung Umlagebeitrag

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 von dessen Tilgungsmöglichkeit – gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen – erfolgen durch den Versicherer im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde.

Art. 13.4 Allfälliger Leistungsaufschub in Kriegszeiten

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.

Art. 13.5 Festlegung Kriegsbeginn und Kriegsschluss

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

Art. 13.6 Leistungsanpassungen bei Teilnahme an einem ausländischen Krieg

Nimmt die versicherte Person an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist, und stirbt die versicherte Person 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.

Art. 13.7 Anpassung dieses Abschnittes

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.