

Corporate Plan

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2017-01



Inhalt

Corporate Plan
Allgemeine Versicherungsbedingungen
(AVB) für die Schweiz

1.	Grundlagen der Versicherung	4
1.1.	Grundsätze	4
1.2.	Versicherungsträger	4
1.3.	Versicherungsnehmer	4
1.4.	Versicherte Person	4
1.5.	Begünstigte Personen	4
1.6.	Versicherte Risiken	4
1.7.	Umfang des Versicherungsschutzes	4
1.8.	Laufzeit und Beendigung des Vertrags	4
1.9.	Prämien	4
1.10.	Pflichten des Versicherungsnehmers	4
1.11.	Pflichten der versicherten Person	4
1.12.	Überschussbeteiligung	4
1.13.	Rückkaufswert	4
1.14.	Bearbeitung von Personendaten	4
1.15.	Rechtsgrundlagen	5
1.16.	Versicherungsgeheimnis	5
1.17.	Anwendbares Recht	5
2.	Versicherter Personenkreis	5
2.1.	Voraussetzungen	5
2.2.	Versichertengruppen	5
3.	Leistungen	5
3.1.	Versicherte Risiken	5
3.2.	Versicherte Leistungen	5
3.3.	AHV-Lohn	7
3.4.	Fälligkeit der Leistung	7
3.5.	Begünstigungsordnung im Todesfall	8
3.6.	Verpfändung und Abtretung von Leistungen	8
4.	Einschränkungen und Ausschlüsse	8
4.1.	Einschränkungen von Versicherungsleistungen	8
4.2.	Ausschlüsse von Versicherungsleistungen	8
5.	Tarif und Prämien	9
5.1.	Prämie	9
5.2.	Bemessungsgrundlage	9
5.3.	Versicherungstechnische Grundlagen	10
5.4.	Meldepflichten des Versicherungsnehmers	10
5.5.	Prämienzahlung	10
6.	Informations- und Meldepflichten	10
6.1.	Information für die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss	10
6.2.	Meldepflichten während der Vertragsdauer	11
6.3.	Informationspflichten des Versicherungsnehmers gegenüber den Versicherten	11
7.	Risikoprüfung	11
8.	Individuelle Risikoprüfung	12
8.1.	Grundsatz	12
8.2.	Einschätzverfahren im Rahmen der individuellen Gesundheitsprüfung	12
8.3.	Ordentliche Durchführung	12
8.4.	Medizinischer Leistungsvorbehalt	12
8.5.	Ausschluss	12
8.6.	Definitiver Versicherungsschutz	12
8.7.	Provisorischer Versicherungsschutz	13
9.	Anzeigepflichtverletzung	13
10.	Pflichten im Leistungsfall	13
10.1.	Meldung eines Versicherungsfalls	13
10.2.	Schadenermittlung	13
10.3.	Schadenanerkennung	14

11. Kündigung des Vertrags	14
11.1. Allgemeine Bestimmungen	14
11.2. Versicherungsdeckung nach Vertragsauflösung	14
11.3. Ausserordentliches Kündigungsrecht	14
12. Meinungsverschiedenheiten	14

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundsätze

Zweck der Versicherung ist der Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen einer Invalidität oder eines Todesfalls im Rahmen einer Kollektivversicherung.

1.2. Versicherungsträger

Träger der Versicherung ist die Elips Life AG, Triesen, Zweigniederlassung Schweiz in Zürich (im Folgenden „elipsLife“).

1.3. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer und Vertragspartner von elipsLife ist die im Versicherungsvertrag aufgeführte juristische Person. Dabei handelt es sich um den Gruppenorganisator, dem ein bestimmter Personenkreis zugeordnet werden kann. Als Gruppenorganisator gelten ein Arbeitgeber, eine Stiftung, ein Berufsverband oder andere Körperschaften.

1.4. Versicherte Person

Versichert sind die Personen, die dem im Versicherungsvertrag aufgeführten Personenkreis angehören. Beim Personenkreis handelt es sich um eine Personengruppe wie beispielsweise die Arbeitnehmer eines Unternehmens, Destinatäre einer Stiftung oder Mitglieder eines Vereins oder einer Genossenschaft. Eine einzelne Person, welche dem Personenkreis angehört wird nachfolgend als „versicherte Person“ bezeichnet.

1.5. Begünstigte Personen

Begünstigte Person ist jene Person, welche die versicherte Leistung bei Tod oder Invalidität einer versicherten Person beanspruchen kann. Ist im Versicherungsvertrag nicht der Versicherungsnehmer als Begünstigter vorgesehen, so ist im Falle einer Invalidität die versicherte Person begünstigt, während sich im Todesfall die Begünstigung entsprechend Artikel 3.5 richtet.

1.6. Versicherte Risiken

Im Versicherungsvertrag ist bezeichnet, welche Risiken versichert sind. Versicherbar sind die Risiken Tod und Invalidität.

1.7. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich während der gesamten Vertragsdauer bei jeder Tätigkeit und an jedem Aufenthaltsort der versicherten Person. Einschränkungen von diesem Grundsatz finden sich in Artikel 4. Hinsichtlich Deckungsumfang bleiben die Bestimmungen in Zusammenhang mit der individuellen Gesundheitsprüfung gemäss Artikel 4 vorbehalten.

1.8. Laufzeit und Beendigung des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags ist im Versicherungsvertrag aufgeführt.

1.9. Prämien

Die Prämie ergibt sich durch Multiplikation des Prämienatzes mit der Bemessungsgrundlage im Sinne von Artikel 5.2 Sowohl der Prämienatz wie auch die anwendbare Bemessungsgrundlage sind im Versicherungsvertrag aufgeführt.

1.10. Pflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer muss die Informationen zu den Bemessungsgrundlagen gemäss Artikel 6.2 wahrheitsgetreu und vollständig zur Verfügung stellen.

1.11. Pflichten der versicherten Person

Gesundheitsfragen müssen von der versicherten Person wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet werden.

1.12. Überschussbeteiligung

Vorbehältlich einer anderslautenden Regelung im Versicherungsvertrag, entsteht aus dieser Versicherung kein Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

1.13. Rückkaufswert

Corporate Plan hat keinen Rückkaufswert und kann von elipsLife nicht zurückgekauft werden.

1.14. Bearbeitung von Personendaten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt elipsLife personenbezogene Daten der Versicherten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich

geregelt. elipsLife beachtet dabei sämtliche relevanten Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren massgeblichen Gesetze und Verordnungen. Während für die Vertragsverwaltung eher allgemeine Daten wie zum Beispiel das Alter einer versicherten Person bearbeitet werden, sind es bei der Neuaufnahme von meldepflichtigen Versicherten oder im Rahmen der Leistungserbringung insbesondere auch Gesundheitsdaten.

Diese werden von elipsLife elektronisch oder physisch gespeichert und archiviert. Dies umfasst auch Daten von Verträgen, die nicht in Kraft gesetzt werden oder bei welchen die erste Prämie nicht bezahlt wird.

1.15. Rechtsgrundlagen

Grundlagen des Vertrags bilden die Offerte, der Versicherungsvertrag sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

1.16. Versicherungsgeheimnis

Die Mitglieder der Organe von elipsLife und ihre Mitarbeitenden sowie sonst für die Gesellschaft tätige Personen sind, sofern nicht Rechtsansprüche gegenüber elipsLife geltend gemacht werden oder gesetzliche Vorschriften davon entbinden, zur Geheimhaltung von nicht öffentlich bekannten Tatsachen verpflichtet, die ihnen aufgrund der Geschäftsverbindung mit dem Versicherungsnehmer anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Ausgenommen hiervon ist die Bekanntgabe von Daten an von elipsLife in Zusammenhang mit der Vertragsverwaltung, dem Prämieninkasso oder der Leistungserbringung beauftragte Dienstleister.

1.17. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt dem Schweizer Recht. Sofern vertragliche Regelungen nicht abschliessend sind, gelangen insbesondere die folgenden gesetzlichen Bestimmungen inklusive den dazugehörigen Verordnungen zur Anwendung:

Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)

Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht).

Männliche und weibliche Form

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

2. Versicherter Personenkreis

2.1. Voraussetzungen

Voraussetzung für eine Versicherungsdeckung im Rahmen der Kollektivversicherung ist die Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis. Der versicherte Personenkreis ist im Versicherungsvertrag beschreiben.

2.2. Versichertengruppen

Die Versicherten bilden in ihrer Gesamtheit ein Versichertenkollektiv, das gemäss einem im Versicherungsvertrag festgelegten Leistungsplan versichert ist. Innerhalb eines Versichertenkollektivs können unterschiedliche Leistungspläne für sich in objektiver Hinsicht unterscheidende Personengruppen festgelegt werden.

3. Leistungen

3.1. Versicherte Risiken

Die versicherten Risiken (Tod und/oder Invalidität) sowie die leistungsbegründende, im Sinne der die massgebliche Arbeitsunfähigkeit auslösenden Ursache (Krankheit und/oder Unfall) sind im Versicherungsvertrag aufgeführt.

3.2. Versicherte Leistungen

Die Höhe der im Rahmen des Leistungsplans versicherten Leistungen ist im Versicherungsvertrag festgelegt. Sämtliche Leistungen werden in Form einer einmaligen Kapitalzahlung erbracht. Rentenleistungen sind nicht versichert. Für die versicherten Leistungen gelten folgende Bestimmungen.

3.2.1. Todesfall

Die in Kapitalform erbrachte Todesfallleistung bestimmt sich auf Grundlage des Leistungsplans, der im Zeitpunkt des Todesfalls gültig vereinbart war. Ist dem Todesfall eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit

vorausgegangen, so ist der im Zeitpunkt des Beginns der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit gültig vereinbarte Leistungsplan bestimmend.

Die in Kapitalform erbrachte Todesfalleistung wird in Abhängigkeit der Leistungsdefinition wie folgt berechnet:

- **Wenn die Todesfalleistung in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns definiert ist:**
Das gemäss Leistungsplan festgelegte Todesfallkapital wird auf Basis des AHV-pflichtigen Einkommens bestimmt, das die versicherte Person vor Eintritt des Todesfalls über den Versicherungsnehmer bezogen hat. Ist dem Todesfall eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit vorausgegangen, so ist das Einkommen im Zeitpunkt des Beginns der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit bestimmend.
- **Wenn die Todesfalleistung als feste Summe definiert ist:**
Ausbezahlt wird das feste, gemäss Leistungsplan festgelegte Todesfallkapital.

3.2.2. Invalidität

Das im Versicherungsvertrag festgelegte Invaliditätskapital gilt als Leistung bei voller Invalidität. Es bestimmt sich auf Grundlage des Leistungsplans, der im Zeitpunkt der zur Invalidität führenden massgeblichen Arbeitsunfähigkeit gültig vereinbart war. Die Kapitalleistung bei Teilinvalidität reduziert sich nach Massgabe des in Abhängigkeit des Invaliditätsgrades definierten Rentenanspruchs gemäss Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG). Die Feststellungen der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) über den Anspruch und die Höhe einer Invalidenrente gelten auch für diese Versicherung.

Die in Kapitalform erbrachte Invaliditätsleistung wird in Abhängigkeit der Leistungsdefinition wie folgt berechnet:

- **Wenn die Invaliditätsleistung in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns definiert ist:**
Das gemäss Leistungsplan vereinbarte Invaliditätskapital wird auf Basis des AHV-pflichtigen Einkommens bestimmt, das die versicherte Person vor Eintritt der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit bezogen hat.
- **Wenn die Invaliditätsleistung als feste Summe definiert ist:**
Ausbezahlt wird das feste, gemäss Leistungsplan festgelegte Invaliditätskapital.

3.2.3. Teilinvalidität

Die nachfolgenden Bestimmungen hinsichtlich Erhöhung des Invaliditätsgrades sowie hinsichtlich Todesfall eines teilinvaliden Versicherten regeln die Versicherung von Personen, welche aus dieser Versicherung als Folge einer Teilinvalidität Leistungen von elipsLife bezogen haben und im Rahmen der Resterwerbsfähigkeit weiterhin dem versicherten Personenkreis angehören. Dabei gilt, dass sich die versicherten Leistungen nach Massgabe des Leistungsplans bestimmen, welcher im Zeitpunkt der erstmaligen massgeblichen Arbeitsunfähigkeit Grundlage für die Leistungsberechnung war. Änderungen im Leistungsplan nach diesem Zeitpunkt bleiben für diese Personen unberücksichtigt.

Erhöhung des Invaliditätsgrades eines teilinvaliden Versicherten:

Stellt die eidgenössische Invalidenversicherung (IV) in rechtsverbindlicher Weise innerhalb von maximal drei Jahren seit Beginn des Anspruchs auf ein Invaliditätskapital aus dieser Versicherung eine Erhöhung des Invaliditätsgrades aufgrund derselben medizinischen Ursache fest, so leistet elipsLife ein Invaliditätskapital im Umfang der Erhöhung und unter Berücksichtigung der nachfolgenden Bestimmungen:

- **Wenn die Invaliditätsleistung in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns definiert ist:**
Die Erhöhung des Invaliditätsgrades, gemessen an der Differenz zwischen dem Grad nach der Erhöhung und dem Grad vor der Erhöhung, wird mit dem AHV-pflichtigen Jahreslohn multipliziert, der für die Bestimmung des ursprünglichen Leistungsfalls massgeblich war.
- **Wenn die Invaliditätsleistung als feste Summe definiert ist:**
Die Erhöhung des Invaliditätsgrades, gemessen an der Differenz zwischen dem Grad nach der Erhöhung und dem Grad vor der Erhöhung, wird mit dem gemäss Leistungsplan festgelegten Invaliditätskapital multipliziert.

Die vorstehenden Bestimmungen hinsichtlich Erhöhung des Invaliditätsgrads kommen zur Anwendung, wenn die Erhöhung des Invaliditätsgrades auf dieselbe medizinische Ursache zurückzuführen ist wie die ursprüngliche Invalidität. Ist die Erhöhung auf eine andere medizinische Ursache zurückzuführen, liegt ein neuer Leistungsfall vor.

Todesfall eines teilinvaliden Versicherten

Stirbt eine versicherte Person, bestimmt sich die Todesfalleistung wie folgt:

- **Wenn die Todesfalleistung in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns definiert ist:**
Das gemäss Leistungsplan festgelegte Todesfallkapital wird auf Basis des AHV-pflichtigen Resterwerbseinkommens bestimmt, das die versicherte Person vor Eintritt des Todesfalls bezogen hat. Das Resterwerbseinkommen ist auf den Betrag maximiert, der sich durch Multiplikation aus dem

Einkommen im Zeitpunkt der erstmaligen massgeblichen Arbeitsunfähigkeit mit dem für die Teilinvalidität massgeblichen Resterwerbsfähigkeitsgrad ergibt.

- **Wenn die Todesfalleistung als feste Summe definiert ist:**

Das gemäss Leistungsplan festgelegte Todesfallkapital wird mit dem Resterwerbsfähigkeitsgrad multipliziert. Der Resterwerbsfähigkeitsgrad entspricht der Differenz zwischen 100% und dem Invaliditätsgrad, der für die vor Eintritt des Todesfalls durch elipsLife erbrachte Invaliditätsleistung massgeblich war.

3.2.4. Begriff und Eintritt des Versicherungsfalls

Als Versicherungsfall gelten die Invalidität und/oder der Tod einer versicherten Person.

Als Todesfall gilt der ärztlich bzw. amtlich bescheinigte Tod oder das Vorliegen einer amtlich bestätigten Verschollenenerklärung.

Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, die einen Anspruch auf eine Invalidenrente der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Folge hat. Die Invalidität als versichertes Risiko tritt auf den Zeitpunkt ein, ab welchem gemäss IV-Verfügung ein Anspruch auf eine Invalidenrente der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) besteht. Ist eine versicherte Person teilinvalid, so ergibt sich die Höhe der Kapitalleistung nach Massgabe der in Abhängigkeit des Invaliditätsgrades definierten Rentenanspruchs gemäss Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG).

Soweit die Invalidität oder der Tod auf eine Ursache zurückzuführen ist, die gemäss Versicherungsvertrag im Sinne von Artikel 4.2 nicht leistungsbegründend ist, tritt der Versicherungsfall nicht ein.

Die Leistungspflicht von elipsLife beginnt frühestens, nachdem elipsLife sämtliche zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen notwendigen Unterlagen vorliegen und elipsLife die Prüfung abgeschlossen hat.

Für die Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis sowie die Höhe der versicherten Leistungen ist der Zeitpunkt massgebend, in welchem die massgebliche Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

Die Arbeitsunfähigkeit ist dann für die Invalidität oder den Todesfall massgeblich, wenn zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität oder dem Tod ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang besteht.

Der zeitliche Zusammenhang ist dabei gegeben, wenn die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nie länger als drei Monate voll arbeitsfähig war.

Ein sachlicher Zusammenhang besteht, wenn der dem Todesfall oder der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden einwandfrei derselbe ist, der auch zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat.

3.2.5. Leistungen nach Vertragsauflösung

Die Versicherung besteht, wenn die massgebliche Arbeitsunfähigkeit während der Vertragsdauer eintritt. Tritt die massgebliche Arbeitsunfähigkeit, die Invalidität, die Erhöhung des Invaliditätsgrades oder der Todesfall nach Vertragsauflösung ein, erbringt elipsLife keine Leistungen.

Tritt die Invalidität nach Auflösung des Vertrags ein, die im Sinne von Artikel 3.2.4 massgebliche Arbeitsunfähigkeit aber vor Auflösung des Vertrags ein, so werden die Leistungen gemäss folgender Regelung begrenzt.

Liegt in einem solchen Fall 4 Jahre nach Eintritt der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit kein Entscheid der Invalidenversicherung (IV) vor, ist elipsLife nicht mehr an die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung gebunden. Der Grad der Invalidität wird in diesem Fall von elipsLife aufgrund der in diesem Zeitpunkt vorliegenden medizinisch-theoretischen Invalidität festgesetzt.

3.3. AHV-Lohn

Als AHV-Lohn im Sinne dieser Bestimmungen gilt jener Teil des AHV-pflichtigen Lohnes, der für die versicherte Person gemäss Arbeitsvertrag vereinbart ist und keine variable oder unregelmässig anfallende Lohnbestandteile enthält. Ist die Leistung als lohnabhängige Grösse definiert, sind für die Versicherung nur jene Lohnteile massgeblich, die in Verbindung mit dem Leistungsplan nicht zu einer Überschreitung der im Versicherungsvertrag für einen Leistungsfall festgelegten Maximalleistung führen.

3.4. Fälligkeit der Leistung

Die Versicherungsleistung wird fällig, vier Wochen nachdem sämtliche zur Anspruchsbegründung erforderlichen Unterlagen und Nachweise vorliegen. Für das Invaliditätskapital gehört dazu eine rechtskräftige Rentenverfügung der IV.

3.5. Begünstigungsordnung im Todesfall

3.5.1. Ordentliche Begünstigungsordnung

Die nachfolgenden Regelungen bestimmen, an wen die im Todesfall fällige Leistung ausbezahlt wird, soweit nicht der Versicherungsnehmer begünstigt ist. Die Aufzählung der begünstigten Personen gilt nacheinander und unter Ausschluss der jeweils folgenden Gruppe. Massgeblich für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der ordentlichen wie auch der individuellen Begünstigungsordnung sind die im Zeitpunkt des Leistungsfalls vorliegenden Verhältnisse, wobei die Anspruchsbegründung durch die begünstigte Person zu erbringen ist und durch elipsLife geprüft wird.

1. Der Ehegatte oder der/die im Sinne des Partnerschaftsgesetzes (PartG) eingetragene Partner oder Partnerin der versicherten Person; fehlt ein solcher, die nicht verheiratete und nicht im Sinne des Partnerschaftsgesetzes (PartG) eingetragene sowie nicht mit der versicherten Person verwandte natürliche Person gleichen oder unterschiedlichen Geschlechts, die mit der versicherten Person in den letzten 5 Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine eheähnliche Lebensgemeinschaft im gleichen Haushalt geführt hat;
2. Bei dessen Fehlen: die Kinder (auch solche der Lebens- und/oder Konkubinatspartners), für deren Unterhalt die versicherte Person in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ganz oder teilweise aufgekommen ist, zu gleichen Teilen;
3. Bei deren Fehlen: die übrigen Personen, für deren Lebensunterhalt die versicherte Person regelmässig mindestens zur Hälfte aufgekommen ist, zu gleichen Teilen;
4. Bei deren Fehlen: die erbberechtigten Nachkommen der versicherten Person zu gleichen Teilen;
5. Bei deren Fehlen: die Eltern der versicherten Person zu gleichen Teilen;
6. Bei deren Fehlen: die Geschwister der versicherten Person oder deren Kinder zu gleichen Teilen.

3.5.2. Individuelle Begünstigungsordnung

Die versicherte Person kann innerhalb der Gruppe 2 bis und mit Gruppe 6 begünstigte Personen sowie die Höhe der einzelnen Anteile näher bezeichnen. Sie kann eine individuelle Begünstigungsordnung jederzeit widerrufen oder ändern. Voraussetzung ist jeweils, dass dem Versicherungsnehmer eine schriftliche Mitteilung des Versicherten vorliegt. Der Ausschluss der jeweils folgenden Gruppe gilt auch für die individuelle Begünstigungsordnung.

3.5.3. Versicherungsnehmer als Begünstigter

Ist im Versicherungsvertrag der Versicherungsnehmer als Begünstigter vorgesehen, wird die Leistung in jedem Fall an den Versicherungsnehmer ausbezahlt.

3.6. Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Leistungen aus dieser Versicherung können weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

4. Einschränkungen und Ausschlüsse

4.1. Einschränkungen von Versicherungsleistungen

elipsLife kann während einer Pandemie die Leistungen bei Todesfall vorübergehend als monatlich zahlbare Renten ausrichten. Das Total der bezahlten Leistungen darf dabei die in Kapitalform versicherte Todesfallleistung nicht übersteigen.

Den Entscheid, ob und ab wann eine Pandemie vorliegt, fällt elipsLife aufgrund der ihr vorliegenden Informationen der schweizerischen Aufsichtsbehörde und der Weltgesundheitsorganisation WHO.

4.2. Ausschlüsse von Versicherungsleistungen

Während der gesamten Laufzeit besteht kein Versicherungsschutz für Leistungsfälle, welche in Zusammenhang mit absoluten und relativen Wagnissen, insbesondere in Zusammenhang mit gefährlichen Sportarten und Tätigkeiten stehen. elipsLife stützt sich dabei auf die Einschätzung der Suva (www.suva.ch).

Weiter besteht kein Versicherungsschutz in den folgenden Situationen:

- a) für Leistungsfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen. Diese Einschränkung gilt nicht für Ereignisse, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen, denen die versicherte Person während ihres Aufenthalts außerhalb der Schweiz oder des Fürstentums

Liechtenstein ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Vorbehalten bleibt die nachfolgende Bestimmung bei freiwilligem Aufenthalt in einem Krisengebiet;

- b) für Leistungsfälle die sich in einer Region ereignen, in welche sich die versicherte Person trotz Vorliegen einer Reisewarnung des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) begeben hat bzw. welche die versicherte Person nicht innert 14 Tagen nach Erlass einer entsprechenden Warnung verlassen hat. (www.eda.admin.ch);
- c) für Leistungsfälle, die sich durch die Beteiligung der versicherten Person an Verbrechen oder allfälligen Vorbereitungshandlungen dazu ergeben;
- d) für Leistungsfälle, welche eine direkte Folge von Atomkernwandlungen, wie Spaltung oder Verschmelzung darstellen. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Folgen einer medizinischen Behandlung oder bei einem Zusammenhang mit der beruflichen Betätigung der versicherten Person;
- e) für Leistungsfälle, die in Zusammenhang mit einer grobfahrlässigen Herbeiführung einer Invalidität oder eines Todesfalls stehen;
- f) für Invaliditäts- oder Todesfälle, die auf einer im Sinne von Artikel 3.2.4 massgeblichen Arbeitsunfähigkeit beruhen, welche im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsvertrags oder im Zeitpunkt des Beginns des Anstellungsverhältnisses bereits bestanden hat;
- g) Im Umfang von Leistungserhöhungen, die sich als Folge einer Erhöhung der gemäss Leistungsplan versicherten Leistungen oder einer Lohnerhöhung ergeben, soweit eine versicherte Person im Zeitpunkt der Erhöhung nicht voll arbeitsfähig ist.

elipsLife kann Leistungen ganz oder teilweise ausschliessen für Fälle, die ihr durch den Versicherungsnehmer in vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Weise nicht gemeldet werden. In jedem Fall sind Leistungen ausgeschlossen, die elipsLife später als drei Jahre nach Eintritt einer massgeblichen Arbeitsunfähigkeit oder eines Todesfalls gemeldet worden sind.

Im Versicherungsvertrag ist geregelt, welche Ursachen (Krankheit und/oder Unfall) leistungsbegründend sind. Ist die dem Versicherungsfall zu Grunde liegende massgebliche Arbeitsunfähigkeit, die Invalidität oder der Tod auf eine Ursache zurückzuführen, die im Versicherungsvertrag nicht explizit aufgeführt ist, erbringt elipsLife keine Leistungen. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. In jedem Fall gilt als Unfall, wenn der Tod oder die Invalidität Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) oder der Militärversicherung (MV) zur Folge hat.

5. Tarif und Prämien

5.1. Prämie

Die Prämie ergibt sich aus der Multiplikation des Prämienatzes mit der anwendbaren Bemessungsgrundlage. Prämienatz und Bemessungsgrundlage sind im Versicherungsvertrag festgehalten.

Die jährliche Bruttoprämie (im Folgenden „Prämie“) setzt sich zusammen aus:

- a) der Risikoprämie,
- b) der Kostenprämie für die Verwaltung,
- c) der Brokerentschädigung als Vermittlungskosten, falls vorhanden.

5.2. Bemessungsgrundlage

Als Bemessungsgrundlage gelten die „Jahreslohnsumme“ oder die „Risikosumme“. Im Falle einer Leistungsdefinition in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns findet die Bemessungsgrundlage „Jahreslohnsumme“ Anwendung. Ist die Leistung als feste Summe definiert, findet die Bemessungsgrundlage „Risikosumme“ Anwendung. Als Risikosumme gilt die Summe sämtlicher versicherter Kapitalleistungen, die nicht in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns bestimmt werden.

5.2.1. Festlegung

Der Prämienatz wird auf Basis der bei der Berechnung gültigen Bemessungs- und Bestandesgrundlagen festgelegt.

5.2.2. Überprüfung des Prämienatzes

Die Überprüfung und allfällige Anpassung des Prämienatzes erfolgt:

- a) jährlich bei jährlich kündbaren Verträgen,

- b) nach Ablauf der festen Vertragsdauer bei mehrjährigen Verträgen und sodann jährlich,
- c) bei Änderungen des Versichertenbestandes, sofern dieser gegenüber dem Bestand, welcher dem anwendbaren Prämiensatz zugrunde liegt und im Versicherungsvertrag festgehalten ist, um mehr als 20% abweicht.

In Bezug auf lit.c besteht das Recht auf Überprüfung und Anpassung des Prämiensatzes ab dem Zeitpunkt der Änderung.

Die Überprüfung basiert auf den Bemessungs- und Bestandesgrundlagen gemäss Artikel 5.4, die am 1. Januar des Versicherungsjahres gelten und erfolgt innerhalb von sechs Monaten.

Der neue Prämiensatz gilt rückwirkend auf den 1. Januar des Versicherungsjahres.

Ergibt sich hingegen ein höherer Prämiensatz infolge ausserordentlicher Änderungen des Versichertenbestandes oder Änderungen der versicherten Leistungen, so ist der neue Prämiensatz ab Datum der Änderung gültig.

5.3. Versicherungstechnische Grundlagen

Im Versicherungsvertrag sind die Tarifgrundlagen von elipsLife festgelegt.

5.4. Meldepflichten des Versicherungsnehmers

Die Bemessungsgrundlage wird jeweils per 31. Januar eines Jahres durch den Versicherungsnehmer gemeldet und umfasst die Werte des vorausgegangenen Jahres. Die Meldung ist so vorzunehmen, dass die Werte je versicherte Person bestimmbar sind. Sie dient als Grundlage für die Akontorechnung, die jeweils am 01. Dezember eines Jahres für das Folgejahr erstellt wird. Im Falle einer Vertragsauflösung wird eine Endabrechnung erstellt. Hierfür meldet der Versicherungsnehmer die Werte des vorausgegangenen Jahres bis spätestens 31. Januar des Jahres, das dem Jahr der Vertragsauflösung folgt.

Ist die Leistung in Abhängigkeit des AHV-Jahreslohns definiert, sind im Rahmen der Meldung der Bemessungsgrundlage nur jene Lohnteile massgeblich, die in Verbindung mit dem Leistungsplan nicht zu einer Überschreitung der im Versicherungsvertrag für einen Leistungsfall festgelegten Maximalleistung führen. Unabhängig von der Art der Leistungsdefinition sind im Rahmen der Meldung der Bemessungsgrundlage ausschliesslich die Werte jener Versicherten massgeblich, die dem im Versicherungsvertrag aufgeführten Personenkreis angehören.

elipsLife hat das Recht, im Rahmen der Meldepflichten des Versicherungsnehmers weitergehende Unterlagen einzufordern (AHV-Deklaration, Lohnabrechnungen usw.).

5.5. Prämienzahlung

Die Bruttoprämie ist für jedes Versicherungsjahr zum Voraus an der im Versicherungsvertrag festgehaltenen Fälligkeit zahlbar.

5.5.1. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam. Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten. Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch. Wird die ausstehende Prämie bzw. Schlussabrechnung nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

6. Informations- und Meldepflichten

6.1. Information für die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss

Im Rahmen der vorvertraglichen Risikoprüfung stellt der Versicherungsnehmer elipsLife die folgenden Informationen und Daten zur Verfügung:

- a) Bestand der versicherten Personen bei Beginn der Vertragsverhandlungen,
- b) bisherige Schadenerfahrung des zu versichernden Kollektivs,
- c) bisheriger Versicherungsträger, falls vorhanden,
- d) die Angaben zur bisherigen Risikoprüfungs- und Schadenmanagementpraxis, falls vorhanden,
- e) die Bestellung der Kompetenzträger im Risikomanagement.

Die von elipsLife im Rahmen der vorvertraglichen Risikoprüfung abgefragten Bestandesinformationen sind Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 4 VVG und sind vom Versicherungsnehmer wahrheitsgetreu zur Verfügung zu stellen. Die Übermittlung von unrichtigen Informationen oder das Verschweigen von erheblichen Tatsachen berechtigt elipsLife den Vertrag zu kündigen.

6.2. Meldepflichten während der Vertragsdauer

6.2.1. Bestandesmeldung für Prämienabrechnung

Der Versicherungsnehmer stellt elipsLife per 31. Januar eines Jahres die für die Bestimmung der Prämie massgebende Bemessungsgrundlage gemäss Artikel 5.4 zu.

6.2.2. Änderung des Versichertenbestandes

Änderungen des Versichertenbestands von mehr als 20% gegenüber dem Bestand, welcher dem anwendbaren Prämiensatz zugrunde liegt und im Versicherungsvertrag festgehalten ist, sind vom Versicherungsnehmer umgehend zu melden. Solche Änderungen können eine Anpassung des Prämiensatzes zur Folge haben.

6.2.3. Pflichten im Leistungsfall

Die Pflichten des Versicherungsnehmers im Leistungsfall sind nachfolgend in Artikel 10.1 beschrieben.

6.3. Informationspflichten des Versicherungsnehmers gegenüber den Versicherten

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt dieses Vertrags sowie dessen Änderungen und Auflösung zu unterrichten. Der Deckungsumfang für die versicherten Personen ergibt sich insbesondere aus den vorliegenden Bestimmungen sowie aus dem Versicherungsvertrag.

Die versicherten Personen sind wie folgt zu informieren.

1. Während der Vertragsdauer:
 - a) Versicherungsträger ist Elips Life AG, Triesen, Zweigniederlassung Zürich.
 - b) Das versicherte Risiko ist der Todesfall und/oder der Invaliditätsfall gemäss den im Versicherungsvertrag festgelegten Leistungsplan.
 - c) Der Umfang des Versicherungsschutzes ist in zeitlicher Hinsicht begrenzt und besteht nur solange, als zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife ein entsprechender Vertrag besteht.
 - d) Die Netto- und Kosten-Prämiensätze sind für die Vertragslaufzeit garantiert.
 - e) Die Daten der versicherten Person werden zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife ausgetauscht. Ausgenommen hiervon sind Daten, welche elipsLife im Rahmen der Gesundheitsprüfung direkt vom Antragsteller oder von Dritten einverlangt sowie Daten, welche in Zusammenhang mit der Leistungspflicht stehen.
2. Bei Auflösung des Vertrags zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife:

Die versicherten Personen sind vom Versicherungsnehmer zeitnah über die Auflösung des Vertrags zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife zu informieren und darauf aufmerksam zu machen, dass damit die entsprechende Versicherungsdeckung erlischt.

7. Risikoprüfung

Grundsätze der Risikoprüfung

Risikoprüfung ist die summarische Beurteilung des Gesamtrisikos aufgrund von aktuellen und vergangenen Gegebenheiten wie etwa das betriebliche Risikomanagement oder die Schadenerfahrung.

Eine Risikoprüfung kann in den folgenden Fällen durchgeführt werden:

- a) bei Vertragsabschluss,
- b) bei Änderungen der versicherten Leistungen,
- c) bei ausserordentlichen Änderungen des Versichertenbestandes gemäss Ziffer 5.2.2.

Mit der Risikoprüfung bestimmt elipsLife den anwendbaren Prämiensatz. Dieser kann durch elipsLife sowohl bei Änderung der versicherten Leistungen als auch bei ausserordentlichen Änderungen des Versichertenbestands angepasst werden.

8. Individuelle Risikoprüfung

8.1. Grundsatz

Im Versicherungsvertrag ist festgehalten, in welchen Fällen für einzelne Personen eine individuelle Risikoprüfung erforderlich ist. Für diese Personen besteht der Versicherungsschutz nur nach Massgabe der von elipsLife nach der Risikoprüfung ausgestellten schriftlichen Bestätigung.

8.2. Einschätzverfahren im Rahmen der individuellen Gesundheitsprüfung

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife alle versicherten Personen entsprechend den nachfolgenden Bestimmungen. Er ist für das Einholen der entsprechenden Unterlagen besorgt und überwacht den Prozess. Die Weiterleitung aller Unterlagen an elipsLife erfolgt unter Einhaltung des Datenschutzes.

Bei der Einschätzung der Einzelrisiken handelt es sich um die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person. Darauf abstützend bestimmt elipsLife über den Umfang der Versicherungsdeckung. Dabei kann elipsLife medizinische Leistungsvorbehalte anbringen oder Risiken ganz ablehnen. Die Einschätzung wird im Versicherungsvertrag geregelt. Insbesondere werden darin die Bedingungen bezeichnet, welche im Rahmen der Aufnahmeregelung zu einer Einschätzung führen. Dabei kann zwischen dem Versichertenbestand vor Vertragsbeginn und dem Versichertenbestand nach Vertragsbeginn unterschieden werden. Im Versicherungsvertrag ist festgehalten, wenn auch individuelle Lohnerhöhungen dazu führen, dass die Bedingung für eine Einschätzung erfüllt ist. Als Lohnerhöhungen gelten Fälle, wo sich der Jahreslohn gegenüber dem Vorjahr um mindestens 20 Prozent oder um mindestens CHF 50'000 erhöht. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich die Fälle umgehend an elipsLife zu melden, bei denen die Voraussetzungen für eine Einschätzung erfüllt sind.

Die Einschätzung der Einzelrisiken erfolgt mithilfe der nachfolgenden standardisierten Einschätzverfahren und kann folgende Methoden umfassen:

- a) Bestätigung der vollen Arbeitsfähigkeit;
- b) Dokument „Gesundheitserklärung“;
- c) Arztbericht im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung.

8.3. Ordentliche Durchführung

Der Versicherungsnehmer beauftragt die versicherte Person, das Dokument „Gesundheitserklärung“ vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und es in einem geschlossenen Couvert schnellstmöglich an elipsLife zu retournieren. elipsLife stellt dem Versicherungsnehmer eine Anzahl dieser Dokumente zur Verfügung.

Auf Basis der von der versicherten Person eingereichten Gesundheitserklärung entscheidet elipsLife, ob ergänzende Informationen eingefordert werden müssen oder allenfalls ein Arztuntersuch durchgeführt werden muss. elipsLife ist berechtigt, unabhängig von den Erkenntnissen aus der Gesundheitserklärung einen Arztbesuch zu verlangen. elipsLife entscheidet sowohl über Art und Umfang der Risikoprüfung als auch über allfällige Massnahmen zur Risikominderung (medizinischer Leistungsvorbehalt oder Ablehnung). Nach Abschluss der Prüfung orientiert elipsLife die versicherte Person über den Umfang der Versicherungsdeckung (vorbehaltlose Annahme, durch Vorbehalt eingeschränkte Versicherungsdeckung oder vollständige Ablehnung).

Die Kosten für ärztliche Berichte und Untersuchungen gehen zulasten von elipsLife.

8.4. Medizinischer Leistungsvorbehalt

Aufgrund der Beurteilung der Einzelrisiken kann elipsLife einen zeitlich unbefristeten medizinischen Leistungsvorbehalt anbringen.

Führen die im Vorbehalt aufgeführten Gesundheitsprobleme zur Invalidität oder zum Tod der versicherten Person, so besteht kein Leistungsanspruch.

8.5. Ausschluss

Aufgrund der Beurteilung der Einzelrisiken kann elipsLife eine zeitlich unbefristete Ablehnung anbringen. Eine Ablehnung hat zur Folge, dass kein Versicherungsschutz besteht.

8.6. Definitiver Versicherungsschutz

elipsLife gewährt unter Vorbehalt von Artikel 8.5 allen zu versichernden Personen die definitive Deckung. Die definitive Deckung kann auch darin bestehen, dass für eine im Sinne von Artikel 8.1 meldepflichtige Person ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht, indem elipsLife einen medizinischen Leistungsvorbehalt angebracht hat.

8.7. Provisorischer Versicherungsschutz

Für zu versichernde Personen, die im Rahmen von Artikel 8.1 an elipsLife zu melden sind, ist die Versicherungsdeckung auf einen provisorischen Versicherungsschutz begrenzt. Der provisorische Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Versicherungsfälle, die auf vorbestandene Krankheiten, Gebrechen oder Unfallfolgen zurückzuführen sind.

Die Leistungen im Rahmen des provisorischen Versicherungsschutzes sind auf insgesamt CHF 200'000 beschränkt.

Der provisorische Versicherungsschutz beginnt mit dem Eintreffen der vollständig ausgefüllten Gesundheitserklärung bei elipsLife und dauert bis zum Annahmemeitscheid durch elipsLife, längstens aber 8 Wochen. Diese Bestimmung gilt auch für Lohnerhöhungen, soweit solche gemäss Versicherungsvertrag meldepflichtig sind.

9. Anzeigepflichtverletzung

elipsLife kann ihre Leistungen verweigern, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihr eine erhebliche Gefahrentatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person somit die Anzeigepflicht verletzt haben. Umfasst der Versicherungsvertrag mehrere Personen und wurde die Anzeigepflicht nur in Bezug auf einzelne Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für die übrigen Personen wirksam. Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht angezeigte Gefahrentatsache beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat elipsLife Anspruch auf Rückerstattung.

10. Pflichten im Leistungsfall

10.1. Meldung eines Versicherungsfalls

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife sämtliche Schäden anhand des Schadenformulars inklusive den von elipsLife geforderten Beilagen (z.B. AHV-Deklaration, Lohnabrechnungen etc.) unverzüglich, spätestens jedoch vier Wochen nachdem er über den Schaden Kenntnis erhalten hat. Im Falle einer Vertragsauflösung meldet der Versicherungsnehmer sämtliche im Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Fälle, in denen eine Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person vorliegt. Soweit eine versicherte Person in Bezug auf eine Todesfallleistung eine individuelle Begünstigungsordnung bezeichnet hat, leitet der Versicherungsnehmer das entsprechende Schreiben an elipsLife weiter. Auf Grundlage dieses Schreibens erbringt elipsLife ihre Leistung mit befreiender Wirkung. Ebenso erbringt elipsLife ihre Leistung mit befreiender Wirkung, wenn ihr keine individuelle Begünstigungsordnung vorliegt und in der Folge die ordentliche Begünstigungsordnung zur Anwendung kommt.

Soweit der Versicherungsnehmer über die entsprechenden Angaben verfügt, informiert er elipsLife auch über Ereignisse, die zu einem Schaden führen könnten. Solche Ereignisse sind unter anderem:

- a) wiederkehrende Absenzen von mehr als einer Woche Dauer,
- b) eine Absenz von mehr als einem Monat Dauer,
- c) Reorganisationen beim Arbeitgeber der Versicherten, die mit Stellenabbau oder Frühpensionierungen verbunden sind.

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife sämtliche Vorkommnisse, die zum Wegfall oder einer Änderung von Invaliditätsleistungen führen. Insbesondere zählt dazu eine Änderung des Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeits- oder Invaliditätsgrades.

Forderungen auf Leistungen verjähren nach zehn Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit Fälligkeit der Forderung.

10.2. Schadenermittlung

Über das Vorliegen und den Grad der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entscheidet elipsLife. Sie berücksichtigt dabei die vorhandenen ärztlichen Berichte und Entscheide anderer Versicherer, insbesondere jene der eidgenössischen Invalidenversicherung. Bei offensichtlich unhaltbaren Entscheiden ist elipsLife nicht an die Invaliditätsbemessung der IV gebunden. Wenn sie es als nötig erachtet, kann elipsLife eigene Abklärungen vornehmen und eine vertrauensärztliche Untersuchung veranlassen.

Der Versicherungsnehmer arbeitet im vollen Umfang mit elipsLife und jeder anderen durch elipsLife benannten Person in Bezug auf die umfassende Regulierung eines Schadens zusammen. Hierfür übernimmt der

Versicherungsnehmer elipsLife rechtzeitig alle ihm zu diesem Schaden zur Verfügung stehenden Informationen und Dokumente.

Zur Schadenermittlung bei Invalidität oder Tod gehören unter anderem die folgenden Aufgaben:

Erheben der relevanten Daten und Unterlagen bei der versicherten Person oder beim Versicherungsnehmer, unter anderem:

- a) das Einholen und Studium von medizinischen Berichten von Ärzten, Spitälern und Therapeuten,
- b) das Einholen und Studium von Akten der beteiligten Versicherungen und Sozialversicherungen,
- c) das Abklären eventueller Regressansprüche,
- d) die Kontaktaufnahme und Koordination mit weiteren involvierten Versicherungen.

Damit elipsLife die Schadenermittlung sorgfältig und fachgerecht durchführen kann, kann sie – vorbehaltlich anderslautender Vereinbarungen – direkt mit der versicherten Person, den behandelnden Ärzten, mit Spitälern und sonstigen Therapeuten, der Krankenkasse, dem Taggeldversicherer, der SUVA, der eidgenössischen Invalidenversicherung sowie Institutionen der sozialen und beruflichen Integration Kontakt aufzunehmen.

elipsLife berücksichtigt dabei die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz.

Weiter ist elipsLife berechtigt, Massnahmen zur Schadenminderung zu ergreifen. Dazu zählen sowohl:

- a) medizinische und andere Vorkehrungen wie beispielsweise Case Management zur Wiedereingliederung der versicherten Person in den Erwerbsprozess als auch
- b) rechtliche Schritte.

10.3. Schadenanerkennung

Die Anerkennung eines Leistungsfalls steht ausschliesslich elipsLife zu.

11. Kündigung des Vertrags

11.1. Allgemeine Bestimmungen

Der Versicherungsvertrag kann unter Beachtung der vereinbarten Mindestvertragsdauer im Rahmen der festgelegten Kündigungsfrist von jeder Partei auf Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Erfolgt auf den Zeitpunkt des Ablaufs der vereinbarten Mindestvertragsdauer keine Kündigung, erneuern sich die vertraglichen Vereinbarungen jeweils stillschweigend um ein Jahr.

11.2. Versicherungsdeckung nach Vertragsauflösung

Nach Vertragsauflösung erlischt die Versicherungsdeckung und die Leistungspflicht von elipsLife. Vorbehalten bleibt der in Artikel 3.2.5 bezeichnete Fall, in dem sich die Versicherungsdeckung auf einen Zeitpunkt nach der Vertragsauflösung erstreckt.

11.3. Ausserordentliches Kündigungsrecht

Wenn der Versicherungsnehmer:

- a) beim Abschluss des Versicherungsvertrags eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, oder
- b) vor Abschluss des Versicherungsvertrags unrichtige oder unvollständige Angaben zum historischen Schadenverlauf machte,

so ist elipsLife berechtigt, binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Informationspflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen und ihren Aufwand dem Versicherungsnehmer in Rechnung zu stellen.

12. Meinungsverschiedenheiten

Allgemeine Bestimmungen

Die Parteien verpflichten sich, alle Meinungsverschiedenheiten aufgrund dieses Vertrags oder über dessen Gültigkeit, die nicht gütlich beigelegt werden können, einem Schiedsgericht zur endgültigen Entscheidung vorzulegen, sofern neunzig Tage nach dem ersten schriftlichen Ersuchen keine Einigung erzielt werden kann.

Die Mitglieder des Schiedsgerichts müssen unparteiisch sein und über mindestens zehn Jahre Erfahrung aus dem Versicherungsgeschäft verfügen, in dem sie während dieser Zeit direkt oder als professionelle Berater tätig waren.

Das Verfahren beginnt mit dem schriftlichen Antrag der einen Partei gegenüber der anderen Partei, das Schiedsgerichtsverfahren einzuleiten. Die Parteien können sich innerhalb von 30 Tagen nach Eingang des Antrags auf einen gemeinsamen Schiedsrichter einigen. Ansonsten ernennt die antragstellende Partei einen Schiedsrichter (erster Schiedsrichter) und teilt dies der anderen Partei schriftlich mit. Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Mitteilung benennt die andere Partei einen Schiedsrichter (zweiter Schiedsrichter) und teilt diesen der antragstellenden Partei schriftlich mit. Wird innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Ernennung des ersten Schiedsrichters kein zweiter Schiedsrichter benannt, beantragt die antragstellende Partei die Ernennung eines zweiten Schiedsrichters bei der Handelskammer in Zürich (Schweiz).

Der erste und der zweite Schiedsrichter ernennen den dritten Schiedsrichter. Dies erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach der Ernennung des zweiten Schiedsrichters. Wird innerhalb dieser Zeit keine Einigung erzielt, erfolgt diese Ernennung durch die oben genannten Institutionen. Der dritte Schiedsrichter führt den Vorsitz des Schiedsgerichts.

Mit der Ernennung des dritten Schiedsrichters gilt das Schiedsgericht als konstituiert. Das Schiedsgericht entscheidet mit Stimmenmehrheit. Kommt eine Mehrheit der Stimmen nicht zustande, entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Das oben genannte Verfahren gilt auch, wenn ersatzweise ein neuer Schiedsrichter zu bestimmen ist.

Setzt das Schiedsgericht innerhalb von 15 Tagen ab der Ernennung des dritten Schiedsrichters keine andere Frist, legen die Parteien dem Schiedsgericht ihre Auffassung über die Streitsache innerhalb von 45 Tagen ab Ernennung des dritten Schiedsrichters dar.

Das Schiedsgericht entscheidet unter Berufung auf die herrschende Versicherungspraxis und wendet das Schweizerische Recht an. Bei Unterschieden oder Widersprüchen zwischen der herrschenden Praxis und dem anwendbaren Recht, ist die herrschende Praxis ausschlaggebend, sofern dies rechtlich zulässig ist. Das Schiedsgericht kann alle verfahrensrechtlichen Regeln in Bezug auf die Durchführung des Verfahrens selbst bestimmen.

Das Schiedsgericht teilt den Parteien seine Entscheidung, auch über die Kosten, innerhalb von 60 Tagen nach dem Urteilsspruch schriftlich begründet mit. Die Entscheidung ist endgültig und entfaltet für die Parteien Rechtswirkung. Befolgt eine Partei den Schiedsgerichtsentscheid nicht, erfolgt die Vollstreckung vor dem zuständigen Gericht.

Der Sitz des Schiedsgerichts ist Zürich.