

Krankheits-Tod- und -Invaliditätsversicherung infolge Krankheit und Unfall (KTI)

AVB KTI

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Ausgabe Januar 2010



1	Allgemeines	1	5	Finanzierung	6
1.1	Gegenstand der Versicherung und Versicherer	1	5.1	Prämien	6
1.2	Versicherungsjahr/Altersbestimmung/ Schlussalter	1	5.2	Säumnisfolgen	6
2	Versicherte Personen	1	6	Auflösung der Versicherung	6
2.1	Aufnahme in die Versicherung	1	7	Datenschutz	7
2.2	Versicherungsschutz	2	8	Militärdienst/Krieg	7
3	Versicherungsleistungen	2	9	Schlussbestimmungen	7
3.1	Übersicht über die Leistungen	2			
3.2	Leistungen im Todesfall	3			
3.3	Leistungen bei Invalidität	4			
3.4	Befreiung von der Prämienzahlungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit und Invalidität	5			
4	Sicherung und Auszahlung der Leistungen	5			
4.1	Abtretung und Verpfändung	5			
4.2	Auszahlung der Versicherungsleistungen	5			

Abkürzungen:

AVB KTI

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheits-
Tod- und -Invaliditätsversicherung infolge Krankheit und
Unfall

I Allgemeines

I.1 Gegenstand der Versicherung und Versicherer

I.1.1 Die Krankheits-Tod- und -Invaliditätsversicherung bezweckt den Schutz der in Art. 2 bezeichneten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität infolge von Krankheit und Unfall. Die versicherten Kapitalleistungen werden gemäss den nachfolgenden Bestimmungen bezahlt, unabhängig von Leistungen anderer Privat- oder Sozialversicherungen.

I.1.2 Versicherer und damit Risikoträgerin ist die AXA Leben AG, Postfach 300, 8401 Winterthur. Die im Versicherungsausweis genannte Krankenkasse hat mit der AXA Leben AG (in der Folge «Versicherer» genannt) einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall abgeschlossen. Die Krankenkasse selbst übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche aus dieser Kapitalversicherung.

I.1.3 Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind im Versicherungsausweis, allfälligen Nachträgen und diesen AVB KTI festgelegt. Das Unfallrisiko ist nur mitversichert, wenn es auf dem Versicherungsausweis aufgeführt ist. Soweit in diesen Dokumenten eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, halten sich die Parteien an das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie die Aufsichtsverordnung (AVO).

I.1.4 Die administrativen Belange gegenüber der versicherten Person und gegenüber dem Versicherer werden durch die Krankenkasse wahrgenommen.

I.2 Versicherungsjahr/Altersbestimmung/Schlussalter

I.2.1 Der Beginn des Versicherungsjahres ist der 1. Januar.

I.2.2 Das für die Versicherung massgebende Alter der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

I.2.3 Das Schlussalter wird am 31. Dezember nach Vollendung des 59. Altersjahres erreicht.

2 Versicherte Personen

2.1 Aufnahme in die Versicherung

2.1.1 In die Versicherung werden grundversicherte Personen (in der Folge versicherte Person genannt) aufgenommen, welche sich gemäss diesen AVB KTI freiwillig versichern möchten und ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein haben.

2.1.2 Die Aufnahme kann frühestens auf den der Geburt folgenden Monatsersten erfolgen.

2.1.3 Die versicherte Person (bei Minderjährigen: Eltern, Vormund) hat der Krankenkasse das Antragsformular «Antrag zur Krankheits-Tod- und -Invaliditätsversicherung (KTI)» und gegebenenfalls die «Ergänzung zum Antrag» vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt einzureichen. Die Krankenkasse meldet die zu versichernde Person dem Versicherer mittels dieser Formulare zur Aufnahme an.

2.2 Versicherungsschutz

- 2.2.1 Der Versicherungsschutz beginnt, unter Vorbehalt allfälliger Einschränkungen aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung gemäss Ziffer 2.2.3, mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Versicherungsbeginn. Bei Neugeborenen erlischt der Versicherungsschutz, wenn innert 90 Tagen ab dem der Geburt folgenden Monatsersten ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) festgestellt wird. Dies ist der Krankenkasse sofort zu melden. Allfällig bereits bezahlte Prämien werden zurückerstattet.
- 2.2.2 Jede Änderung der wesentlichen Gefahrentatsachen (Veränderung des Gesundheitszustandes), die zwischen der Einreichung des Antragformulars und der Gewährung des Versicherungsschutzes eintritt, muss der Krankenkasse gemeldet werden; die Unterlassung stellt eine Anzeigepflichtverletzung dar.
- 2.2.3 Der Versicherungsschutz gilt, sofern die versicherte Person voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und sofern ihre anfänglich oder später zusätzlich zu versichernden Leistungen bestimmte vom Versicherer festgelegte Summengrenzen nicht übersteigen. Andernfalls verlangt der Versicherer ergänzende Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse. Über den Versicherungsschutz wird aufgrund des eingereichten Antrags und einer allfälligen Anfrage beim Arzt oder einer ärztlichen Untersuchung entschieden. Der Versicherer gibt der Krankenkasse schriftlich Bericht, ob und allenfalls zu welchen Bedingungen der Versicherungsschutz gewährt werden kann. Die Krankenkasse orientiert die versicherte Person.

- 2.2.4 Der Versicherungsschutz besteht in allen Teilen der Welt. Die Versicherung erlischt automatisch, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz länger als drei Monate im Ausland hat.
- 2.2.5 Wird ein versichertes Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt, bleiben allfällige Leistungskürzungen vorbehalten.
- 2.2.6 Für Vertragsänderungen (Erweiterung der Deckung) hat die versicherte Person einen neuen Antrag einzureichen. Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 gelten sinngemäss.

3 Versicherungsleistungen

3.1. Übersicht über die Leistungen

- 3.1.1 Der Versicherer erbringt vor Erreichen des Schlussalters gemäss Ziffer 1.2.3 folgende Leistungen (vgl. Versicherungsausweis):

- **Im Todesfall:**
Todesfallkapital
- **Bei Erwerbsunfähigkeit (Invalidität):**
Invaliditätskapital sowie Befreiung von der Prämienzahlung

Der Einschluss der Unfalldeckung ist ab dem 1. Januar nach Vollendung des 14. Altersjahres möglich.

- 3.1.2 Wird die Unfalldeckung nicht eingeschlossen, entsteht auf Leistungen gemäss Ziffer 3.2 und 3.3 kein Anspruch, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall verursacht worden ist, für welchen ein Unfallversicherer gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) oder die Militärversiche-

rung gemäss Militärversicherungsgesetz (MVG) leistungspflichtig ist oder leistungspflichtig wäre. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person dem UVG nicht unterstellt ist oder wenn die Leistungen gemäss UVG oder MVG gekürzt oder verweigert werden.

Berufskrankheiten im Sinne des UVG begründen gleichfalls keinen Anspruch auf Leistungen gemäss Ziffer 3.2 und 3.3.

Als Unfall für versicherte Personen bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 14. Altersjahres gilt auch:

- Gesundheitsschädigung durch Einatmen von Gasen oder 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,
- Ertrinken.

Bei Zusammentreffen verschiedener Ursachen werden vom Versicherer Leistungen in der Höhe des Anteils ausgerichtet, der Gegenstand der jeweiligen Versicherung ist.

3.2 Leistungen im Todesfall

3.2.1 Für jede versicherte Person kann ein Todesfallkapital versichert werden. Der Anspruch darauf entsteht beim Tod durch Krankheit oder Unfall der versicherten Person vor Erreichen des Schlusalters (unter Vorbehalt von Ziffer 3.1.2).

3.2.2 Das mit der Anmeldung gewählte Todesfallkapital beträgt:

- bis zum Alter von zwei Jahren und sechs Monaten CHF 2'500.-,
- ab dem 1. Januar nach Vollendung des Alters 2.5 Jahre bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 14. Altersjahrs CHF 10'000.-, im Maximum CHF 20'000.-,
- ab dem 15. Altersjahr CHF 10'000.- oder ein Vielfaches davon, im Maximum aber CHF 400'000.-.

3.2.3 Das Todesfallkapital bleibt konstant bis zum Schlusalter.

3.2.4 Stirbt eine versicherte Person innert drei Jahren seit dem Versicherungsbeginn infolge Selbsttötung, so wird kein Todesfallkapital fällig. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrem Tod führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

3.2.5 Als Begünstigte sind folgende Personen in nachstehender Reihenfolge zugelassen:

1. Der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin oder der überlebende eingetragene Partner,
2. die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss,
3. die Eltern,

4. die Geschwister,
5. die übrigen gesetzlichen Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens.

Die versicherte Person kann eine oder mehrere begünstigte Personen unter den in Ziffer 3.2.5 Absatz 2 genannten Begünstigten bestimmen und deren Ansprüche bezeichnen.

Die versicherte Person hat das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten nach Ziffer 3.2.5 Absatz 3 bis 5 zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen.

3.3 Leistungen bei Invalidität

3.3.1 Der Anspruch auf das versicherte Invaliditätskapital entsteht unter Vorbehalt von Ziffer 3.1.2, wenn die versicherte Person vor Erreichen des Schlussalters im Sinne der IV infolge Krankheit oder Unfall dauernd invalid wird. Das versicherte Kapital wird im Versicherungsausweis aufgeführt.

3.3.2 Das ausbezahlte Invaliditätskapital richtet sich nach dem Grad der Invalidität gemäss rechtskräftiger Verfügung der IV. Dabei besteht bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 Prozent kein Anspruch auf Leistungen. Die Leistungen werden in folgendem Ausmass ausgerichtet:

Grad der Invalidität (in Prozent)	Leistungshöhe (in Prozent der vollen Leistungen)
0 - 39	0
40 - 49	25
50 - 59	50
60 - 69	75
ab 70	100

3.3.3 Bei begründetem Fehlen eines IV-Entscheidendes (beispielsweise bei vorübergehendem Wohnsitz im Ausland) legt der Versicherer den Grad der Invalidität nach den Grundsätzen der IV fest. Bei Kindern und Jugendlichen stützt er seinen Entscheid auf die Beurteilung der IV (insbesondere unter Berücksichtigung einer allfälligen Hilflosenentschädigung) sowie der behandelnden Ärzte.

3.3.4 Die Auszahlung des Invaliditätskapitals erfolgt frühestens nach einer Wartefrist von 12 Monaten seit Beginn der Invalidität.

3.3.5 Bei Eintritt einer Teilinvalidität reduziert sich das ursprünglich versicherte Invaliditätskapital im Umfang des fällig gewordenen Invaliditätskapitals. Das weiterhin versicherte Invaliditätskapital kann nicht mehr erhöht werden.

3.3.6 Nach Vollendung des 55. Altersjahres reduziert sich das versicherte Invaliditätskapital bei gleich bleibender Prämie jährlich jeweils per 1. Januar um 20 Prozent des vollen, im Alter 55 versicherten Invaliditätskapitals.

3.3.7 Das mit der Anmeldung gewählte Invaliditätskapital beträgt:

- vor dem 15. Altersjahr CHF 10'000.- oder ein Vielfaches davon, im Maximum aber CHF 50'000.-.
- ab dem 15. Altersjahr CHF 10'000.- oder ein Vielfaches davon, im Maximum aber CHF 400'000.-.

3.3.8 Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) besteht, wenn die versicherte Person ihre Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) absichtlich herbeigeführt hat. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung,

welche zu ihrer Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

3.4 Befreiung von der Prämienzahlungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit und Invalidität

3.4.1 Bei Arbeitsunfähigkeit und Invalidität infolge Krankheit oder Unfall ist die versicherte Person von der Zahlung der Prämien für die im Rahmen dieser AVB KTI versicherten Leistungen befreit.

3.4.2 Die Prämienbefreiung beginnt nach einer Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Die Prämienbefreiung richtet sich nach dem Grad der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit gemäss rechtskräftiger Verfügung der IV. Dabei besteht bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 Prozent kein Anspruch auf Prämienbefreiung. Bei einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent oder mehr besteht Anspruch auf die volle Prämienbefreiung. Liegt der Grad der Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität dazwischen, wird die Prämienbefreiung analog der Tabelle in Ziffer 3.3.2 erbracht.

3.4.3 Mit Auszahlung des versicherten Invaliditätskapitals verfällt der Anspruch auf die bis zu diesem Zeitpunkt laufende Prämienbefreiung. Die Prämienbefreiung für das Todesfallkapital wird analog Ziffer 3.4.2 erbracht.

4 Sicherung und Auszahlung der Leistungen

4.1 Abtretung und Verpfändung

4.1.1 Forderungen aus dieser Versicherung können ganz oder teilweise abgetreten oder verpfändet werden. Die Begünstigungsregelungen gemäss Ziffer 3.2.5 werden in diesem Fall ganz oder teilweise hinfällig.

4.1.2 Sind Forderungen aus dieser Versicherung ganz oder teilweise abgetreten oder verpfändet, so können die im Versicherungsausweis aufgeführten Versicherungssummen nur unter Zustimmung des Begünstigten (im Falle der Abtretung) bzw. des Pfandnehmers (im Falle einer Pfändung) angepasst werden.

4.1.3 Bei abgetretenen oder verpfändeten Forderungen kann ein Anspruch auf eine Leistung aus dieser Versicherung nur bei deren Fälligkeit geltend gemacht werden.

4.1.4 Anspruchsberechtigte Hinterlassene einer versicherten Person erhalten die Leistungen auch dann, wenn sie dessen Erbschaft ausschlagen. Die Leistungen fallen nicht in den Nachlass des Verstorbenen.

4.1.5 Abtretung und Verpfändung bedürfen der schriftlichen Form und sind der Krankenkasse und dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

4.2 Auszahlung der Versicherungsleistungen

4.2.1 Die Leistungen gemäss diesen AVB KTI werden ausbezahlt, wenn die Anspruchsberechtigten alle Unterlagen beigebracht haben, welche der Versicherer zur Begründung des Anspruches benötigt.

Die einzureichenden Unterlagen umfassen:

- **Im Todesfall:** Todesschein/Ärztliches Zeugnis/Familienbüchlein resp. Nachweis über das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft,
- **Bei Erwerbsunfähigkeit (Invalidität):** Ärztliches Zeugnis/Beschluss bzw. Verfügung der IV.

4.2.2 Ein ärztliches Zeugnis ist von einer Ärztin oder einem Arzt mit eidgenössischem Diplom, einem anderen vom Bundesrat anerkannten, gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis oder einem von der schweizerischen Invalidenversicherung anerkannten ausländischen Arzt auszustellen.

4.2.3 Der Versicherte ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Der Arzt der versicherten Person ist gegenüber dem Versicherten vom Arztgeheimnis zu entbinden.

4.2.4 Als Erfüllungsort gilt der schweizerische (oder liechtensteinische) Wohnsitz des Anspruchsberechtigten oder seines Vertreters. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes sind fällige Versicherungsleistungen am Sitze des Versicherten zahlbar.

Die Versicherungsleistungen werden nach Vorliegen sämtlicher benötigter Unterlagen beim Versicherten innert vier Wochen in Schweizer Franken erbracht.

5 Finanzierung

5.1 Prämien

5.1.1 Die Prämie ist unabhängig vom Eintrittsalter gemäss der erreichten Altersstufe zu entrichten und kann dem Versicherungsausweis entnommen werden.

5.1.2 Die Prämienpflicht beginnt mit dem Tag der Aufnahme in die Versicherung. Die Prämien sind vorschüssig geschuldet.

5.1.3 Die Prämien sind bis zum Erreichen des Schlussalters, längstens bis zum Tod zu entrichten (vorbehalten bleiben die Befreiung von der Prämienzahlungspflicht sowie die vorzeitige Auflösung).

5.2 Säumnisfolgen

Werden fällige Prämien nicht fristgerecht bezahlt, fordert die Krankenkasse die versicherte Person unter Hinweis auf die Verzugsfolgen auf, die ausstehenden Prämien inkl. Mahngebühren innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Die Leistungspflicht tritt für künftige Fälle wieder in Kraft, wenn alle Rückstände nachbezahlt sind und dem Versicherten vom Versicherten aufgrund einer neuerlichen Gesundheitsprüfung gemäss Ziffer 2.2 der Versicherungsschutz gewährt wird.

6 Auflösung der Versicherung

6.1 Die Versicherung endet mit dem Ausscheiden aus der Versicherung, dem Tod oder mit Erreichen des Schlussalters.

- 6.2 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer einmonatigen Frist schriftlich auf das Ende eines Monats vorzeitig aus der Versicherung ausscheiden.
- 6.3 Die versicherte Person hat die Kündigung eingeschrieben an ihre Krankenkasse zu richten. Die Prämie ist nur bis zur Vertragsauflösung geschuldet.
- 6.4 Im Schadenfall verzichtet der Versicherer auf sein Kündigungsrecht, sofern seitens der versicherten Person keine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde.
- 6.5 Die Versicherung erlischt bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags zwischen der Krankenkasse und dem Versicherer. Die Auflösung muss der versicherten Person von der Krankenkasse spätestens drei Monate vor Erlöschen des Versicherungsschutzes mitgeteilt werden.

7 Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz stellen die Krankenkasse und der Versicherer sicher, dass die im Rahmen der Antragstellung und der KTI-Versicherung gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Versicherungszwecks bearbeitet werden. Namentlich garantieren sie die Einhaltung des Datenschutzgesetzes. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.

8 Militärdienst/Krieg

- 8.1 Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen dieser AVB KTI ohne weiteres in die Versicherung eingeschlossen.
- 8.2 Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften.

9 Schlussbestimmungen

- 9.1 Diese AVB KTI wurden per 01.01.2010 angepasst und ersetzen diejenigen vom 01.01.2007.
- 9.2 Änderungen der AVB KTI werden den versicherten Personen mindestens drei Monate vor Inkrafttreten bekannt gegeben.



