

Ausgabe 2025

Diese Informationen und Bestimmungen gelten für die versicherten Personen des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte (Versicherungsnehmer und nachstehend «Stiftung» genannt) und andere akademische Berufe und der VZ BVG Rück AG (Versicherer und nachstehend «VZ» genannt).

A Informationen

Versicherungslösung (Summenversicherung) auf kollektiver Basis

Der Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag ist Teil einer Versicherungslösung auf kollektiver Basis für die Risiken Invalidität und Tod. Bei dieser Versicherungslösung werden die Leistungen zusätzlich zu allfälligen Leistungen der Sozialversicherungen erbracht (Summenversicherung).

Die Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe organisiert diese Versicherungslösung für die Mitglieder des Interessenverbandes für Ärzte und andere akademische Berufe, deren Ehe- und Lebenspartner sowie deren volljährige Kinder in Zusammenarbeit mit dem VZ.

Parteien

Versicherungsnehmer: Versicherungsnehmer ist die Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe mit Sitz in Zürich (nachfolgend Stiftung genannt).

Versicherer: Versicherer ist die VZ BVG Rück AG mit Sitz in Zürich (nachfolgend VZ genannt). Die Adresse der Geschäftsstelle in der Schweiz lautet: VZ BVG Rück AG, Gotthardstrasse 6, 8002 Zürich.

Aufgabenteilung

Die Stiftung trifft mit den zu versichernden Personen eine Versicherungsvereinbarung. Die Stiftung ist direkter Ansprechpartner für die versicherten Personen, ist verantwortlich für deren Betreuung und leistet Unterstützung beim Inkasso.

Die VZ ist Risikoversicherer und verantwortlich für das Schaden-, Risiko- und Case Management. Dabei arbeitet sie eng mit der Stiftung zusammen.

Die Stiftung tritt sämtliche bestehenden und künftigen Leistungsansprüche aus dieser Versicherung sowie das Recht, die Begünstigten zu bestimmen, per Beginn der Versicherung an die versicherte Person ab. Diese machen somit ihre Leistungsansprüche direkt bei der VZ geltend. Die Stiftung haftet weder für den Bestand und die Liquidität dieser Forderungen noch für die Zahlungsfähigkeit der VZ.

Welche Personen können sich versichern?

Im Rahmen dieser Versicherungslösung können sich die Mitglieder des Interessenverbandes für Ärzte und andere akademische Berufe sowie die Inhaber und die Angestellten der Geschäftsstelle der Stiftung, Mark & Michel AG, Zürich (nachfolgend gemeinsam Mitglieder genannt), deren Ehe- und Lebenspartner als auch deren volljährige Kinder, die das Angebot für den Abschluss der Risikoversicherung in Anspruch genommen haben und im Zeitpunkt des Versicherungsantrages

- den Wohnsitz in der Schweiz haben, und
- vollständig erwerbsfähig sind.

Welche Risiken können versichert werden?

Es können je nach Wunsch die folgenden finanziellen Risiken abgesichert werden: Im Todesfall infolge von Krankheit oder Unfall ein Todesfallkapital (konstant oder abnehmend) und/oder Waisenrenten und/oder im Fall von dauernder Invalidität infolge von Krankheit oder Unfall eine Invalidenrente (Wartefrist 24 Monate).

Art, Höhe, Beginn und Dauer der Versicherungsdeckung ergeben sich nach erfolgter Anmeldung für die Aufnahme aus der Deckungszusage bzw. aus dem Versicherungsausweis und aus den nachfolgenden Bestimmungen.

Wie hoch sind die Jahresprämien?

Die Höhe der Jahresprämien hängt unter anderem von der gewünschten Deckung, dem Alter, dem Geschlecht und dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns ab. Die Minimalprämie beträgt CHF 120.

Die Prämientabelle mit den künftigen, nicht garantierten, Jahresprämien ist Bestandteil des Versicherungsausweises.



Für die Periode vom Versicherungsbeginn bis zum nächsten 1. Januar wird eine Teilprämie in Rechnung gestellt. Die erste Prämie wird 30 Tage nach dem Erhalt der Rechnung und des Versicherungsausweises fällig. Anschliessend sind die Prämien jährlich im Voraus auf den 1. Januar geschuldet.

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Deckungszusage und der Zustellung des Versicherungsausweises, frühestens jedoch mit dem im Versicherungsausweis aufgeführten Versicherungsbeginn.

Wann endet die Versicherung?

Die Versicherung endet spätestens mit dem Erreichen des Schlussalters (Frauen 64 Jahre, Männer 65 Jahre, Waisen 20 Jahre). Das Schlussalter wird am Monatsletzten nach Vollendung des entsprechenden Altersjahres erreicht. Das Schlussalter dieser Versicherungslösung kann vom Zeitpunkt des Anspruchs auf eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) abweichen.

Ist der Datenschutz gewährleistet?

Die VZ und die Stiftung verpflichten sich, die Datenschutzbestimmungen der Schweiz einzuhalten. Auf die vorliegende Versicherungslösung ist das Datenschutzgesetz der Schweiz (DSG) anwendbar.

Die VZ und die Stiftung verpflichten sich, ausschliesslich die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Personendaten der versicherten Person oder der Anspruchsberechtigten zu erheben und die ihnen anvertrauten Daten ausschliesslich in diesem Sinne zu verwenden.

Die Daten können bei der VZ, deren Rückversicherern und bei der Stiftung (und durch diesen mit Verwaltungsaufgaben betrauten Dritten) physisch und in elektronischer Form gespeichert werden. Sie geben diese Daten nur an Dritte (insbesondere Rückversicherer, Vertrauensärzte, mit Verwaltungsaufgaben betraute Dritte, Case Manager) weiter, welche sich zur Einhaltung derselben Restriktionen verpflichten.

Für weitere Einzelheiten im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Personendaten wird auf die Datenschutzerklärung unter www.freievorsorge.ch verwiesen.

An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Weitere Informationen finden Sie unter www.freievorsorge.ch.

Telefonnummer +41 44 213 20 60

E-Mail info@freievorsorge.ch.

Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich



B Bestimmungen

1. Grundlagen

1.1 Vertragliche Grundlagen

1.1.1 Stiftung / VZ

Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen der Stiftung und der VZ werden bestimmt durch den Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag Nr. 400'000, die Allgemeinen Vertragsbedingungen für Kollektiv-Lebensversicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge (AVB), Ausgabe 1/2025 und Allgemeinen Geschäftsbedingungen des VZ, Ausgabe Dezember 2021.

Der Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag, die AVB und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des VZ regeln ausschliesslich das Verhältnis zwischen der Stiftung und der VZ. Aus dieser vertraglichen Vereinbarung entsteht kein Recht und keine rechtliche Beziehung zwischen der VZ und der zu versichernden Person oder sonstigen Parteien.

1.1.2 Versicherte Person

Die für die versicherten Personen relevanten Vereinbarungen des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages und der zugehörigen AVB sind in den vorliegenden «Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen» zusammengefasst.

Ebenfalls zu den vertraglichen Vereinbarungen gehören alle Unterlagen der versicherten Person, insbesondere:

- Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung mit Gesundheitserklärung
- Ärztliche Untersuchungsberichte
- Versicherungsausweis.

1.1.3 Geltendes Recht und Gerichtsstand

Für die Erledigung von Streitigkeiten anerkennen die Stiftung, die VZ und die versicherte Person geltendes materielles Schweizer Recht als anwendbar und die Gerichte am Sitz der Stiftung als zuständig.

1.1.4 Vorgehen

Zur Aufnahme in die Versicherungslösung und bei einer gewünschten Erhöhung von bereits versicherten Leistungen sind die Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung mit der Gesundheitserklärung von der zu versichernden Person vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen, zu unterzeichnen und im Original der Stiftung zuzustellen. Auf Ersuchen hin hat die zu versichernde Person zudem einen Arztbericht einzureichen und/oder sich auf Kosten der VZ einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

1.1.5 Aufnahme

Die Stiftung leitet die Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung an die VZ weiter, die über die Aufnahme entscheidet. Die Aufnahme kann ohne Angaben von Gründen abgelehnt werden.

Die VZ ist unter anderem berechtigt, einzelne Krankheiten oder Unfallfolgen mit einem Vorbehalt zu belegen, für einzelne Risiken einen Deckungsausschluss anzubringen, die Deckung nur gegen eine Extraprämie zu übernehmen oder ganz abzulehnen. Ein Vorbehalt, ein Deckungsausschluss oder eine Extraprämie gilt über die gesamte Laufzeit der Versicherung.

Nach Abschluss der Einschätzung eines Einzelrisikos sendet die VZ der Stiftung eine Deckungszusage oder einen Ablehnungsbescheid. Anschliessend informiert die Stiftung die zu versichernde Person entsprechend und stellt bei Deckungszusage den Versicherungsausweis aus.

Kann die beantragte Deckung bei erhöhten Risiken nur mit einem Vorbehalt, einem Deckungsausschluss, mit einer Reduktion der zu versichernden Leistungen oder gegen eine Extraprämie gewährt werden, so werden diese speziellen Bedingungen der zu versichernden Person mitgeteilt. Die zu versichernde Person hat im Anschluss die Möglichkeit, die Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung zurückzuziehen, so dass zu keinem Zeitpunkt eine Versicherungsdeckung bestand. Ist die zu versichernde Person mit den speziellen Bedingungen einverstanden, hat sie die Aufnahme zu den speziellen Bedingungen innerhalb von vier Wochen seit der Mitteilung schriftlich zu bestätigen. Anschliessend stellt die Stiftung die entsprechende Deckungszusage und den Versicherungsausweis aus. Unterbleibt eine rechtzeitige Bestätigung durch die zu versichernde Person, gilt die Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung als zurückgezogen, so dass zu keinem Zeitpunkt eine Versicherungsdeckung bestand.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Deckungszusage und der Zustellung des Versicherungsausweises, frühestens jedoch mit dem im Versicherungsausweis aufgeführten Versicherungsbeginn.

1.1.6 Versicherbare Personen

Mitglieder des Interessenverbandes für Ärzte und andere akademische Berufe sowie die Inhaber und die Angestellten der Geschäftsstelle der Stiftung, Mark & Michel AG, Zürich (nachfolgend gemeinsam Mitglieder genannt), deren Ehe- und Lebenspartner als auch deren volljährige Kinder, die das Angebot für den Abschluss der Risikoversicherung in Anspruch genommen haben und im Zeitpunkt des Versicherungsantrages

- den Wohnsitz in der Schweiz haben, und



- vollständig erwerbsfähig sind.

Eingetragene Partner sind den Ehepartnern gleichgestellt.

Als Lebenspartner eines Mitgliedes des Interessenverbandes für Ärzte und andere akademische Berufe oder eines Inhabers oder eines Angestellten der Geschäftsstelle der Stiftung, Mark & Michel AG, Zürich, gilt, wenn im Zeitpunkt des Versicherungsantrages folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- Beide Lebenspartner sind unverheiratet und leben auch nicht in einer eingetragenen Partnerschaft
- Beide Lebenspartner sind nicht miteinander verwandt, und
- Die beiden Lebenspartner führen eine Lebensgemeinschaft.

2. Versicherte Leistungen

2.1 Allgemeine Angaben

2.1.1 Versicherbare Leistungen

Es können folgende Risikoleistungen versichert werden: Im Todesfall infolge von Krankheit oder Unfall ein Todesfallkapital (konstant oder abnehmend) und/oder Waisenrenten und/oder im Fall von dauernder Invalidität infolge von Krankheit oder Unfall eine Invalidenrente (Wartefrist 24 Monate).

Die individuell versicherten Leistungen der versicherten Person ergeben sich aus dem Versicherungsausweis. Sind auf dem Versicherungsausweis jedoch zusätzliche und/oder höhere Leistungen ausgewiesen als von der versicherten Person auf der Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung beantragt wurden, hat die versicherte Person diesen Umstand der Stiftung umgehend zu melden. Die Stiftung wird den Versicherungsausweis entsprechend berichtigen. Im Leistungsfall werden in keinem Fall höhere Leistungen als von der versicherten Person in der Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung beantragt wurden, erbracht.

2.1.2 Verpfändung

Die Risikoleistungen können nach erfolgter schriftlicher Mitteilung an die Stiftung ganz oder teilweise zugunsten von Dritten verpfändet werden. Die Stiftung stellt hierfür ein spezielles Formular zur Verfügung.

2.1.3 Geltungsbereich

Die versicherten Leistungen gelten weltweit.

2.1.4 Bemessungsgrundlage für die versicherten Leistungen

Die VZ kann die Höhe der versicherbaren Leistungen für eine Person bei der Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung oder bei einer Leistungserweiterung oder -erhöhung einschränken, damit die Leistungen einen realen Bezug zum Erwerbseinkommen und Absicherungsbedarf haben.

2.1.5 Schlussalter

Das Schlussalter (Frauen 64 Jahre, Männer 65 Jahre, Waisen 20 Jahre) ist am Monatsletzten nach Vollendung des entsprechenden Altersjahres erreicht. Das Schlussalter dieser Versicherungslösung kann vom Zeitpunkt des Anspruchs auf eine Rente der AHV, der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) abweichen.

2.2 Todesfallkapital

2.2.1 Umfang Todesfallkapital (Krankheit mit/ohne Unfall)

Im Todesfall der versicherten Person vor dem Schlussalter wird die vereinbarte Summe den Begünstigten ausbezahlt. Es kann ein konstantes oder ein im Zeitverlauf abnehmendes Todesfallkapital aufgrund einer Krankheit mit/ohne Unfall versichert sein.

2.2.2 Begünstigung für Todesfallkapital

Die versicherte Person kann die Begünstigten beliebig festlegen oder jederzeit ändern. Die Festlegung der Begünstigten hat mit einer schriftlichen Erklärung gegenüber der Stiftung zu erfolgen. Diese schriftliche Erklärung muss zu Lebzeiten der versicherten Person bei der Stiftung eingegangen sein.

Fehlt eine anderslautende Erklärung der versicherten Person, wird das Todesfallkapital, vorbehaltlich verpfändeter Leistungen, gemäss nachfolgender Reihenfolge an ihre Hinterlassenen verteilt:

- Ehegatte oder eingetragener Partner; bei dessen Fehlen
- Kinder (ohne gegenteilige schriftliche Mitteilung der versicherten Person zu gleichen Teilen); bei deren Fehlen
- Eltern (ohne gegenteilige schriftliche Mitteilung der versicherten Person zu gleichen Teilen); bei deren Fehlen
- Geschwister (ohne gegenteilige schriftliche Mitteilung der versicherten Person zu gleichen Teilen) oder deren Nachkommen; bei deren Fehlen



- Stiftung.

Begünstigte Personen erhalten das Todesfallkapital auch dann, wenn sie die Erbschaft ausschlagen. Die Leistung fällt nicht in den Nachlass der verstorbenen versicherten Person.

2.3 Waisenrente

2.3.1 Umfang Waisenrente (Krankheit mit/ohne Unfall)

Im Todesfall der versicherten Person vor dem Schlussalter wird für jedes hinterbliebene Kind die vereinbarte Waisenrente mit einer Laufzeit bis nach Vollendung des 20. Altersjahres (in Ausbildung bis nach Vollendung des 25. Altersjahres) des Kindes ausbezahlt. Die maximal versicherbare Waisenrente pro Jahr und Kind beträgt CHF 18'000.

Als Ausbildung gelten

- der Besuch von Schulen oder Kursen, die der Allgemeinbildung oder der Berufsbildung dienen.
- die berufliche Ausbildung im Rahmen eines eigentlichen Lehrverhältnisses, aber auch sonst jede Tätigkeit, welche eine systematische Vorbereitung auf eine zukünftige Erwerbstätigkeit zum Ziel hat.

Nicht als Ausbildung gilt, wer zur Hauptsache erwerbstätig ist und nur nebenbei eine Schule oder Kurse besucht.

Pflege- und Stiefkinder sind den eigenen Kindern der versicherten Person gleichgestellt, sofern die verstorbene versicherte Person ganz oder überwiegend für ihren Unterhalt aufzukommen hatte.

2.4 Invalidenrente

2.4.1 Umfang Invalidenrente (Krankheit mit/ohne Unfall)

Bei Erwerbsunfähigkeit der versicherten volljährigen Person durch Krankheit mit/ohne Unfall ab 25% wird nach Ablauf der Wartefrist von 24 Monaten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit eine temporäre Invalidenrente ausbezahlt, längstens jedoch bis zum Schlussalter.

Nichterwerbstätige oder in Ausbildung stehende volljährige Personen können ebenfalls temporäre Invalidenrenten abschliessen. Für sie beträgt die maximal versicherbare Invalidenrente pro Jahr CHF 36'000.

Ist die versicherte Person teilweise erwerbsunfähig, besteht ein Anspruch auf folgende Rentenleistungen entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| • Unter 25% | Keine Rente |
| • 25% bis 59.9% | Prozentgenau |
| • 60% bis 69.9% | Dreiviertelsrente |
| • Ab 70% | Volle Rente. |

Das erneute Auftreten einer Erwerbsunfähigkeit infolge gleicher Ursache innerhalb eines Jahres wird als Rückfall angesehen und löst keine neue Wartefrist aus. Dauert der Unterbruch länger als ein Jahr, wird immer – unabhängig der Ursache – eine neue Erwerbsunfähigkeit mit erneuter Wartefrist von 24 Monaten angenommen.

2.5 Prämienbefreiung

Wenn über diese Versicherung das Risiko Invalidität (Invalidenrente) versichert wird, ist die Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit für alle versicherten Leistungen miteingeschlossen. Nach Ablauf einer Wartefrist von 3 Monaten wird eine bereits bezahlte Prämie entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. bei Invalidität analog der Staffelung der Invalidenrente (gemäss Artikel 2.4.1) zurückerstattet.

Liegt kein Invaliditätsgrad im Sinne der IV/UV vor, wird die Prämienbefreiung längstens während 24 Monaten gewährt. Vorbehalten bleiben die Prämienbefreiungen von versicherten Personen mit einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25% bis 39.9% und von versicherten Personen deren Erwerbsfähigkeit durch die IV infolge mangelnder Beitragszeit nicht abgeklärt wird.

2.6 Definitionen zur Leistungsbemessung

2.6.1 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Bis zum Vorliegen einer IV-Verfügung wird der Grad der Arbeitsunfähigkeit anhand von Arztzeugnissen eines in der Schweiz praktizierenden Arztes festgelegt. Die VZ übernimmt grundsätzlich den vom Arzt festgelegten Grad der Arbeitsunfähigkeit, kann aber jederzeit Einsicht in die vollständigen Untersuchungsunterlagen und im Zweifel ein Gutachten oder eine Expertise verlangen.



2.6.2 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit werden ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

2.6.3 Erwerbsunfähigkeitsgrad

Der Erwerbsunfähigkeitsgrad entspricht dem von der eidgenössischen Invaliditätsversicherung (IV) festgestellten Invaliditätsgrad, subsidiär wird der vom UVG-Versicherer (UV) festgestellte Invaliditätsgrad hinzugezogen.

Bei Versicherten, welche die versicherungsmässigen Voraussetzungen der eidgenössischen Invalidenversicherung aufgrund mangelnder Beitragszeit (im Sinne von Art. 6 Abs. 2 IVG) nicht erfüllen, klärt die VZ den Erwerbsunfähigkeitsgrad analog den Regelungen der eidgenössischen Invalidenversicherung ab.

2.6.4 Unfall

Als Unfall gilt jede Körperschädigung, welche die versicherte Person durch plötzlich auf sie einwirkende äussere Gewalt unfreiwillig erleidet. Dem Unfall gleichgestellt sind: Ertrinken, Erfrieren, Hitzschlag und Sonnenstich, Vergiftungen und Verätzungen sowie das unfreiwillige Einatmen von Gasen und Dämpfen.

2.7 Leistungserbringung

2.7.1 Beginn der Leistungspflicht

Sobald der Leistungsfall mit allen notwendigen Unterlagen bei der VZ gemeldet und von dieser anerkannt wurde, beginnt die Leistungspflicht mit dem Monat der Meldung, frühestens jedoch am ersten Tag des Monats nach Ablauf der Wartefrist.

Eine Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität der versicherten Person ist dem VZ nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens aber nach sechs Monaten, anzuzeigen. Bei Unterlassen rechnet das VZ den Zeitraum der Verspätung als zusätzliche, nicht zu entschädigende Wartefrist an.

Ein Todesfallkapital und die Waisenrente werden frühestens ab dem ersten Tag des Monats geleistet, der auf den Zeitpunkt des Todes folgt.

Allfällige rückwirkende Leistungen erfolgen ohne Verzugszinsen.

2.7.2 Auszahlung der Leistungen

Die Rentenleistungen werden von der VZ vierteljährlich im Voraus an die versicherte oder anspruchsberechtigte Person ausbezahlt. Die Zahlungstermine werden so festgesetzt, dass einer davon mit dem Beginn des Versicherungsjahres übereinstimmt. Fällt der Beginn des Rentenanspruchs nicht mit einem Zahlungstermin zusammen, so wird die erste Rente anteilmässig bis zum nächsten Zahlungstermin ausbezahlt.

Das Todesfallkapital wird von der VZ einmalig in Kapitalform an die anspruchsberechtigte Person überwiesen.

Sämtliche versicherten Leistungen werden nicht der Teuerung angepasst und in CHF ausbezahlt.

Die versicherten Personen sind selber dafür verantwortlich, dass sie als Folge der Auszahlung von Leistungen die entsprechenden steuerrechtlichen Bestimmungen einhalten.

2.7.3 Ende der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht der VZ endet spätestens mit Erreichen des Schlussalters (Frauen 64 Jahre, Männer 65 Jahre).

2.8 Leistungsbeschränkungen

2.8.1 Anzeigepflichtverletzung

Wenn die versicherte Person bei Fragen zu ihrem Gesundheitszustand bei der Anmeldung zur Aufnahme oder bei einer gewünschten Erhöhung von bereits versicherten Leistungen eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat (Anzeigepflichtverletzung), so ist die VZ oder die Stiftung berechtigt, die Versicherung zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht der VZ oder der Stiftung erlischt vier Wochen, nachdem die VZ oder die Stiftung von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat.

Wird die Versicherung infolge Anzeigepflichtverletzung gekündigt, so erlischt auch die Leistungspflicht der VZ für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist. Soweit die VZ bereits Leistungen erbracht hat, hat sie Anspruch auf Rückerstattung.



2.8.2 Verschulden

Wird ein Leistungsfall durch die versicherte oder eine anspruchsberechtigte Person vorsätzlich herbeigeführt, besteht keine Leistungspflicht.

Die Leistungen können im entsprechenden Umfang gekürzt werden, wenn die AHV/IV oder der UVG-Versicherer eine Leistung kürzt, entzieht oder verweigert, weil die bezugsberechtigte oder versicherte Person den Tod oder die Invalidität durch schweres Verschulden herbeigeführt hat oder sich einer Eingliederungsmassnahme der IV widersetzt.

2.8.3 Selbsttötung / Selbsttötungsversuch

Bei Tod durch Selbsttötung oder an den Folgen eines Selbsttötungsversuchs innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes werden keine Leistungen erbracht. Bei einer abgelaufenen Versicherungsdauer von mehr als drei Jahren werden die Todesfälleleistungen ohne die Berücksichtigung von Leistungserhöhungen der letzten drei Jahre erbracht.

Die VZ zahlt keine Invaliditätsleistungen, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder die Erhöhung des Grades derselben auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen ist. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person diese Handlungen in unzurechnungsfähigem Zustand oder bei verminderter Zurechnungsfähigkeit ausübte.

2.8.4 Mangelnde Kooperation

Eine versicherte Person, die Invaliditätsleistungen beansprucht oder bezieht, ist verpflichtet, bei Gesundheitsabklärungen, medizinischen Nachuntersuchungen und zumutbaren Massnahmen zur Reintegration aktiv mitzuwirken, dies gilt sowohl für Massnahmen der eidgenössischen Invalidenversicherung als auch der VZ.

Verweigert eine versicherte Person die Mitwirkung, so kann die VZ ihre Leistungen kürzen oder weitere Zahlungen verweigern.

2.8.5 Verjährung

Leistungsansprüche verjähren in fünf Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

2.8.6 Kriegerische Handlungen

Das Kriegsrisiko wird im Rahmen nachstehender Bedingung gedeckt, entsprechend der einheitlichen Regelung für alle in der Schweiz tätigen Lebensversicherungsgesellschaften: Führt die Schweiz einen Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen, so wird von Kriegsbeginn an ein einmaliger Kriegsumlagebeitrag geschuldet, der ein Jahr nach Kriegsschluss fällig wird. Ob der Versicherte am Krieg teilnimmt oder nicht und ob er sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält, ist unerheblich. Der Kriegsumlagebeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar und unmittelbar verursachten Schäden, soweit sie Versicherungen betreffen, für welche diese Bedingungen gelten. Die Feststellung dieser Kriegsschäden und der verfügbaren Deckungsmittel sowie die Festsetzung des Kriegsumlagebeitrages und dessen Tilgungsmöglichkeiten – gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen – erfolgen durch das VZ im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde. Werden vor der Festsetzung des Kriegsumlagebeitrages Leistungen aus der Versicherung fällig, so ist das VZ befugt, für einen angemessenen Teil die Zahlung bis ein Jahr nach Kriegsschluss aufzuschieben. Der aufzuschiebende Teil der Leistung und der Zinsfuss, zu welchem dieser Teil zu verzinsen ist, werden durch das VZ im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss im Sinne oben stehender Bestimmungen zu gelten haben, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt. Nimmt der Versicherte an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist, und stirbt der Versicherte während eines solchen Krieges oder binnen sechs Monaten nach Friedensschluss bzw. nach Beendigung der Feindseligkeiten, so schuldet das VZ das auf den Todestag berechnete Deckungskapital, jedoch höchstens die für den Todesfall versicherte Leistung. Sind Überlebenszeitrenten versichert, so treten an Stelle des Deckungskapitals die Renten, welche dem auf den Todestag berechneten Deckungskapital entsprechen, höchstens jedoch die versicherten Renten. Das VZ 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 einem Krieg erlassene Massnahmen, insbesondere solche über den Rückkauf der Versicherung ausdrücklich vorbehalten.

2.8.7 Radioaktivität

Schadenfälle als direkte Folge von Atomkernwandlungen, wie Spaltung und Verschmelzung, sind nicht versichert.

Tritt jedoch ein solcher Leistungsfall als Folge einer medizinischen Behandlung oder im beruflichen Umgang ein, so ist er versichert.

3. Prämien

3.1 Höhe der Prämien

Die Höhe der Prämie hängt unter anderem von der gewünschten Deckung, dem Alter, dem Geschlecht, dem Zeitpunkt des Versicherungsbeginns und dem zugrundeliegenden Risikotarif ab.



3.2 Individuelle Tarife

Die jährlichen Prämien der versicherten Person und der Risikotarif werden bei Aufnahme in die Versicherung oder Leistungsänderung festgelegt und auf dem Versicherungsausweis oder der Prämientabelle ausgewiesen.

Die Prämien und der Risikotarif sind nicht garantiert.

3.3 Jahresprämie

Der versicherten Person wird jährlich eine Prämienrechnung zugestellt. Dies gilt auch im Falle einer Risikoprämienbefreiung. Die Minimalprämie beträgt CHF 120.

3.4 Fälligkeit

Für die Periode vom Versicherungsbeginn bis zum nächsten 1. Januar wird eine Teilprämie in Rechnung gestellt. Die erste Prämie wird 30 Tage nach dem Erhalt der Rechnung und des Versicherungsausweises fällig. Anschliessend sind die Prämien jährlich im Voraus auf den 1. Januar geschuldet.

3.5 Zahlungsverzug

Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitstermin entrichtet, so wird die versicherte Person aufgefordert, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, die Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist von der Stiftung oder der VZ rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass die Stiftung und die VZ, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Verträge zurücktreten.

Wird die Prämie von der Stiftung oder der VZ eingefordert, so lebt die Haftung mit dem Zeitpunkte, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf.

Die versicherte Person haftet für die Unkosten, die durch den Zahlungsverzug (Mahnkosten (CHF 25), Betriebskosten, Inkasso) bei ausstehenden Prämien entstehen.

4. Beginn und Ende der Versicherung

4.1 Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Deckungszusage und der Zustellung des Versicherungsausweises, frühestens jedoch mit dem im Versicherungsausweis aufgeführten Versicherungsbeginn.

4.2 Provisorische Versicherungsdeckung

Ab dem Versicherungsbeginn, frühestens aber ab dem Eingang der Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung bei der Stiftung oder der VZ, besteht ein provisorischer Versicherungsschutz. Dieser provisorische Versicherungsschutz endet nach Abschluss der Einschätzung des Einzelrisikos (Aufnahme Artikel 1.1.5) und mit Beginn des definitiven Versicherungsschutzes und Erhalt des Versicherungsausweises bzw. mit dem Ablehnungsentscheid durch die Stiftung, spätestens jedoch 60 Tage nach Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes.

Der provisorische Versicherungsschutz gilt zudem nur bei Abschluss einer Versicherung und findet bei Anmeldungen für Leistungserhöhungen keine Anwendung.

Tritt während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein Leistungsfall ein, sind die beantragten zu versichernden Leistungen wie folgt gedeckt:

- Todesfallkapital begrenzt auf maximal CHF 100'000
- Invalidenrente begrenzt auf maximal CHF 36'000 pro Jahr
- Waisenrente: Keine.

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

Während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes sind der VZ umgehend schriftlich zu melden.

4.3 Definitive Versicherungsdeckung

Der Versicherungsschutz wird erst mit der Annahme der Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung bzw. Leistungserhöhung durch die VZ definitiv. Mit der Annahme erhält die versicherte Person einen Versicherungsausweis mit allen relevanten Leistungsdaten von der Stiftung zugestellt.



4.4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt in folgenden Fällen:

- Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer
- Erreichen des Schlussalters der versicherten Person
- Tod der versicherten Person
- Kündigung oder Widerruf durch die versicherte Person gemäss Art. 4.5
- Am Ende desjenigen Kalenderjahres, im welchem die versicherte Person den Wohnsitz in der Schweiz aufgegeben hat
- Zahlungsverzug gemäss Artikel 3.5
- Anzeigepflichtverletzung gemäss Artikel 2.8.1
- Bei Auflösung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer gemäss Artikel 4.5.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt der versicherten Person (ohne Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz) bleibt die Versicherungsdeckung während längstens zwei Jahren bestehen. Auslandsaufenthalte, die länger als zwei Jahre dauern, müssen der Stiftung vorgängig schriftlich gemeldet werden. Die VZ prüft in einem solchen Fall, ob die Versicherung zeitlich befristet weitergeführt werden kann. Die Weiterführung liegt im Ermessen der VZ und kann an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft werden.

4.5 Kündigung, Widerruf oder Aufhebung der Versicherung

Die Versicherung kann von der versicherten Person jederzeit mit einer Frist von 30 Tagen auf Ende eines beliebigen Kalendermonates mittels eingeschriebenen Briefes bei der Stiftung gekündigt werden. Im ersten Versicherungsjahr ist eine Kündigung jedoch nur auf Ende des entsprechenden Kalenderjahres (31. Dezember) möglich. Geleistete aber nicht verbrauchte Prämien werden anteilig zurückerstattet. Im Todesfall wird die Versicherung mit der Auszahlung der versicherten Leistungen aufgehoben. Eine geleistete unterjährige Prämie wird nicht zurückerstattet.

Die Versicherung kann von der versicherten Person mit einer Frist von 14 Tagen seit der Anmeldung für die kollektiven Risikoversicherung (gemäss Artikel 1.1.4) oder seit der Aufnahme (gemäss Artikel 1.1.5) schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf bewirkt, dass der Anmeldung für die kollektiven Risikoversicherung oder die Aufnahme von Anfang an unwirksam ist und nie eine Versicherungsdeckung bestand. Bereits empfangene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wurde im Zusammenhang mit der Aufnahme eine ärztliche Untersuchung durchgeführt, hat die versicherte Person bei Widerruf der Versicherung die entsprechenden Kosten zu erstatten.

Bei einer allfälligen Auflösung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer endet die Versicherung. In diesem Fall werden die Versicherten mindestens 3 Monate im Voraus schriftlich informiert. Die Stiftung haftet keinesfalls für den Wegfall der Versicherungsdeckung.

4.6 Anpassung der Vertragsgrundlagen

Die Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen dieses Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages können durch Beschluss des Stiftungsrates jederzeit angepasst werden. Werden die Informationen und Bestimmungen angepasst, gelten die neuen Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen ab dem neuen Versicherungsjahr. Die versicherte Person hat hierauf das Recht, die Versicherung binnen vier Wochen seit der entsprechenden Mitteilung zu kündigen. Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung. Die Informationen und Bestimmungen sind in der gültigen Fassung jederzeit unter www.freievorsorge.ch abrufbar.

5. Informations- und Mitwirkungspflicht der versicherten Person

5.1 Veränderung Erwerbseinkommen

Temporäre Änderungen des Erwerbseinkommens infolge Weiterbildungen bis zu zwei Jahren müssen der Stiftung nicht gemeldet werden.

Grössere Änderungen des Erwerbseinkommens (Veränderung von über 30 Prozent zu bisher) während der Versicherungsdauer infolge Aufgabe oder Änderung der Erwerbstätigkeit oder Teilzeitpensum müssen der Stiftung innerhalb von drei Monaten gemeldet werden, damit die versicherten Leistungen im Sinne von Artikel 2.1.4 angepasst werden können. Dasselbe gilt auch bei Aufnahme einer Ausbildung von mehr als zwei Jahren. Unterbleibt die rechtzeitige Mitteilung, kann die VZ in einem Schadenfall ihre Leistungen kürzen, so dass diese einen realen Bezug zum Erwerbseinkommen und Absicherungsbedarf haben.

5.2 Aufgabe Wohnsitz / Auslandsaufenthalt

Die versicherte Person meldet der Stiftung die Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz, damit diese die Versicherung nach deren Erlöschung (gemäss Art. 4.4) aufgeben kann.

Die versicherte Person meldet der Stiftung Auslandsaufenthalte, die länger als zwei Jahre dauern, vorgängig schriftlich. Die VZ prüft in einem solchen Fall, ob die Versicherung zeitlich befristet weitergeführt werden kann (gemäss Art. 4.4). Die Weiterführung liegt im Ermessen der VZ und kann an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft werden.



5.3 Frühzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit

Je früher die VZ von einem eingetretenen oder möglicherweise eintretenden Leistungsfall erfährt, umso wirksamer kann sie die versicherte Person bei der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bzw. bei der Reaktivierung unterstützen.

Die versicherte Person informiert die Stiftung unverzüglich über sämtliche Ereignisse, die zu einer versicherten Leistung führen könnten. Versicherte Personen, die arbeitsunfähig werden, melden sich unverzüglich nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, auch wenn nur Leistungen nach Ablauf einer Wartefrist versichert sind.

Die VZ kann ihre Leistungen kürzen, wenn die Bestimmungen betreffend die Schadenmeldung verletzt werden und daraus höhere Versicherungsleistungen resultieren.

5.4 Änderungen bei laufenden Leistungen

Die versicherte Person meldet der VZ auch unverzüglich sämtliche Vorkommnisse, die zum Wegfall oder zu einer Änderung der Rentenleistungen führen. Insbesondere zählen dazu:

- eine Änderung des Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsgrades
- eine etwaige Reaktivierung der Arbeitsfähigkeit.

5.5 Ärztliche Unterlagen

Auf entsprechende Aufforderung erteilt die versicherte Person der VZ alle Auskünfte, welche diese zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht benötigt, und gewährt ihr soweit nötig Einblick in die entsprechenden ärztlichen Unterlagen.

