

KUNDENINFORMATION NACH VVG

Raten-Versicherung für Selbständige für Kreditverträge mit der Cembra Money Bank AG

Die nachstehende Kundeninformation gibt in übersichtlicher und knapper Form einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag, VVG). Die Rechte und Pflichten der versicherten Person ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), der Beitrittserklärung, der Versicherungsbestätigung sowie den anwendbaren Gesetzen, wie insbesondere dem VVG.

Wer ist der Versicherer? Versicherer ist die AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, nachstehend „AXA“ genannt.

Über wen erfolgen die Leistungsbearbeitung und die Korrespondenz? Bitte korrespondieren Sie in allen Angelegenheiten, die Ihren Versicherungsschutz betreffen, stets mit AXA Versicherungen AG, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, Telefon 0848 000 398, Fax 0848 000 425.

Wer ist der Versicherungsnehmer? Versicherungsnehmerin und Prämienschuldnerin ist die Cembra Money Bank AG („Bank“). Die Bank hat mit AXA einen Kollektivversicherungsvertrag zugunsten der versicherten Personen abgeschlossen.

Wer sind die versicherten Personen? Versicherte Personen sind Personen, welche die Aufnahmebedingungen gemäss den AVB erfüllen, der Bank zuhanden von AXA die unterzeichnete Beitrittserklärung eingereicht und von der Bank die Versicherungsbestätigung erhalten haben.

Welche Risiken sind versichert? Versicherte Risiken sind vollständige Arbeitsunfähigkeit, vollständige Erwerbsunfähigkeit und schwere Krankheit.

Wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes? Es besteht folgender Versicherungsschutz:

- bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit: Übernahme (a) der im Kreditvertrag festgelegten monatlichen Rate oder (b) des am 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit ausstehenden Kreditbetrages oder (c) von maximal CHF 2'500.- pro Monat, je nachdem, welches der tiefste Betrag ist, maximal für 12 Monate pro Versicherungsfall. Dauert die Arbeitsunfähigkeit nach dem 31. Tag weniger als einen vollen Monat an, leistet AXA für jeden Tag der andauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit 1/30 des vorgenannten Betrages.
- bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit oder schwerer Krankheit: Übernahme des ausstehenden Saldos des Kreditvertrages bis maximal CHF 65'000.-, abzüglich des Betrages, mit dem Sie in Verzug sind.

Bei allen drei Risiken (vollständige Arbeitsunfähigkeit, vollständige Erwerbsunfähigkeit und schwere Krankheit) gilt eine Wartezeit von 30 Tagen.

Wie erfolgt die Leistungserbringung? AXA erbringt sämtliche Versicherungsleistungen an die Bank. Die Versicherungsleistung wird Ihrem dortigen Konto gutgeschrieben; Ihre Restschuld aus dem Kreditvertrag wird dementsprechend im Umfang der Leistungen von AXA an die Bank getilgt.

Wann beginnt der Versicherungsschutz? Der Versicherungsschutz beginnt am Tag, der in der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist. Für die Deckung bei schweren Krankheiten besteht eine 30-tägige Karenzfrist.

Wie lange dauert und wann endet der Versicherungsschutz? Der Versicherungsschutz ist jeweils für die Dauer eines Monats abgeschlossen, mit stillschweigender Erneuerung um jeweils einen weiteren Monat. Der Versicherungsvertrag sieht in den AVB verschiedene Beendigungsgründe/-möglichkeiten vor. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Der Versicherungsschutz endet insbesondere beim Eintritt eines der folgenden Ereignisse an den jeweils bezeichneten Daten:

- Datum, an dem der Kreditvertrag endet, oder Tag, an dem das Konto bei der Bank ausgeglichen und saldiert wird
- Datum, an dem der gesamte dannzumal noch ausstehende Betrag unter dem Kreditvertrag vorzeitig fällig wird, insbesondere bei Kündigung infolge Verzugs, bei Konkurs oder dergleichen der versicherten Person
- 65. Geburtstag der versicherten Person
- Tag, an dem AXA 36 Monatsbeiträge zur Deckung von Arbeitsunfähigkeit geleistet hat
- Tag, an dem AXA die Versicherungsleistung für vollständige Erwerbsunfähigkeit erbracht hat
- Tag, an dem AXA die Versicherungsleistung für eine schwere Krankheit erbracht hat
- Tag, an dem die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit gleich welcher Art ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein aufnimmt
- 90. Tag nachdem die versicherte Person ihre selbständige Tätigkeit beendet
- Tag der Beendigung der Versicherung
- Tag des Todes der versicherten Person

Sie können den Versicherungsschutz insbesondere beenden (jeweils mittels schriftlicher Mitteilung an Cembra Money Bank AG, Bändliweg 20, 8048 Zürich zuhanden von AXA):

- innerhalb von 30 Tagen nach Versicherungsbeginn: jederzeit
- nach den ersten 30 Tagen: unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Ende eines Monats
- wenn AXA die Prämien oder Versicherungsbedingungen ändert; die schriftliche Mitteilung muss diesfalls vor dem Tag, ab welchem die Änderung gemäss Mitteilung von AXA für Sie wirksam würde, bei der Bank eintreffen

AXA und die Bank können den Versicherungsschutz insbesondere beenden:

- mittels schriftlicher Mitteilung an Sie unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Monatsende
- wenn Sie mit der Bezahlung der Prämie gegenüber der Bank in Verzug sind und erfolglos gemahnt wurden

Wie hoch ist die Prämie? Die Höhe Ihrer Prämie ist in der Beitrittserklärung und der Versicherungsbestätigung aufgeführt. Sie schulden Ihre Prämie der Bank, welche sie Ihnen monatlich inkl. Eidgenössischer Stempelabgabe in Rechnung stellt. Prämienänderungen während der Laufzeit der Versicherung bleiben vorbehalten.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- Sachverhaltsermittlung: Bei Abklärungen zur Versicherung - wie z.B. betreffend Anzeigepflichtverletzungen, Gefahrserhöhungen, Leistungsprüfungen etc. - haben Sie mitzuwirken und AXA alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zu geben, diese bei Dritten zuhanden von AXA einzuholen und Dritte schriftlich zu ermächtigen, AXA die entsprechenden Informationen, Unterlagen etc. herauszugeben. AXA ist berechtigt, eigene Abklärungen vorzunehmen.
- Versicherungsfall: Das versicherte Ereignis ist AXA unverzüglich zu melden.

Wie behandelt AXA Ihre Daten? AXA verwendet die Daten im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, die Vertragsverwaltung und für die Bearbeitung von Versicherungsfällen. AXA kann für die Datenbearbeitung im Rahmen Ihrer Versicherung Mutter-, Tochter- und anderen Konzerngesellschaften bzw. Niederlassungen in anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz beziehen. Darüber hinaus können Ihre Daten im Schadenfall, einschliesslich der hierzu geführten Korrespondenz, an die Bank weitergeleitet werden. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Als versicherte Person haben Sie das Recht, bei AXA über die Bearbeitung der Sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

FÜR VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, VOLLSTÄNDIGER ERWERBSUNFÄHIGKEIT UND SCHWERER KRANKHEIT

AXA Versicherungen AG betreffend Kreditverträge mit der Cembra Money Bank AG

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (**«AVB»**) regeln die Einzelheiten Ihrer Versicherungsdeckung. Der Versicherer ist die **AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur («Versicherer» oder «AXA»)**.

Grundlage Ihres Versicherungsschutzes ist ein zwischen der Cembra Money Bank AG (**«Bank»**) und dem Versicherer bestehender Kollektivversicherungsvertrag (**«Kollektivversicherungsvertrag»**). Versicherungsnehmerin und Prämienschuldnerin unter dem Kollektivversicherungsvertrag ist die Bank. Sie sind diesem Kollektivversicherungsvertrag beigetreten und werden nachfolgend als **«versicherte Person»** bezeichnet. Versicherungsansprüche der versicherten Personen richten sich ausschliesslich gegen den Versicherer. Im Versicherungsfall bestehen keinerlei Ansprüche gegenüber der Bank.

Bitte lesen Sie diese AVB sorgfältig durch und bewahren Sie diese an einem sicheren Ort auf. Grundlagen Ihres individuellen Versicherungsschutzes bilden:

- die in den vorliegenden AVB enthaltenen Bestimmungen;
- die in der von der Bank im Namen des Versicherers ausgestellten Versicherungsbestätigung enthaltenen Angaben und Hinweise;
- die in Ihrer Beitrittserklärung enthaltenen Bestimmungen.

In Ergänzung hierzu gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) sowie des Schweizerischen Obligationenrechts (OR).

I. AUFNAHMEBEDINGUNGEN UND DEFINITIONEN

Versicherungsschutz wird nur Personen gewährt, die im Zeitpunkt ihres Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag:

1. einen Kreditvertrag (**«der Kreditvertrag»**) mit der Bank für die Dauer von mindestens 12 Monaten abgeschlossen haben;
2. den Beitritt zum Kollektivversicherungsvertrag beantragt und sich bereit erklärt haben, die von der Bank überwältzte Monatsprämie zu bezahlen;
3. auf dem Kreditvertrag als erste Person unter der Rubrik „Kreditnehmer“ aufgeführt sind;
4. mindestens 18 Jahre und weniger als 65 Jahre alt sind;
5. einer auf Dauer angelegten selbständigen Tätigkeit in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein nachgehen; und
6. ihren Wohnsitz entweder in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein, in Deutschland, Frankreich oder Italien haben.

II. BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt:

- für die Deckung gemäss Art. IV und VI (vollständige Arbeitsunfähigkeit bzw. vollständige Erwerbsunfähigkeit): per Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist;
- für die Deckung gemäss Art. VIII (Schwere Krankheit): 30 Tage nach dem Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist (**«Karenzfrist»**).

Sofern die versicherte Person einen früheren versicherten Kredit (gleichgültig bei welchem Versicherer) durch einen neuen Kredit ablöst, gilt folgendes:

1. Für das Risiko „Schwere Krankheit“ entfällt die Karenzfrist im Hinblick auf den bisher versicherten Kreditbetrag. Im Hinblick auf einen zusätzlichen Kreditbetrag besteht eine Karenzfrist von 30 Tagen.
2. Tritt der Versicherungsfall „Schwere Krankheit“ innerhalb der Karenzfrist ein, so entrichtet der Versicherer Leistungen in Höhe der jeweils niedrigeren Kreditbetrages, d.h. entweder gemäss früherer Versicherung oder gemäss neuer Versicherung.
3. In der Versicherung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit gilt der Ausschluss der Folgen einer bereits bestehenden Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder bereits bestehender Leiden (insbesondere Krankheiten oder Unfälle), welche der versicherten Person im Zeitpunkt ihres Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag bekannt waren oder ihr hätten bekannt sein müssen, nur im Hinblick auf den Differenzbetrag zwischen der versicherten Rate der früheren und der neuen Versicherung (sofern die versicherte Rate der neuen Versicherung die höhere ist). In der Versicherung bei Erwerbsunfähigkeit bzw. bei Schwerer Krankheit gilt der Ausschluss der Folgen einer bereits bestehenden Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder bereits bestehender Leiden (insbesondere Krankheiten oder Unfälle), welche der versicherten Person im Zeitpunkt ihres Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag bekannt waren oder ihr hätten bekannt sein müssen, nur im Hinblick auf den Differenzbetrag zwischen dem Kreditbetrag der früheren und der neuen Versicherung (sofern der Kreditbetrag der neuen Versicherung der höhere ist).

III. ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Vorbehältlich der Beendigungsmöglichkeiten gemäss Art. XIII wird der Versicherungsschutz jeweils für die Periode von einem Monat gewährt und verlängert sich automatisch für einen weiteren Monat bis zum Eintritt eines der folgenden Termine:

- Datum, an dem der Kreditvertrag endet, oder Tag, an dem das Konto bei der Bank ausgeglichen und saldiert wird;
- Datum, an dem der gesamte dannzumal noch ausstehende Betrag unter dem Kreditvertrag vorzeitig fällig wird, insbesondere bei Kündigung zufolge Verzugs, bei Konkurs oder dergleichen der versicherten Person;
- 65. Geburtstag der versicherten Person;
- Tag, an dem der Versicherer 36 Monatsbeiträge zur Deckung von vollständiger Arbeitsunfähigkeit geleistet hat;
- Tag, an dem der Versicherer die Versicherungsleistung für vollständige Erwerbsunfähigkeit erbracht hat;
- Tag, an dem der Versicherer die Versicherungsleistung für eine Schwere Krankheit erbracht hat;
- 90 Tage nach Beendigung der selbständigen Tätigkeit der versicherten Person, gleichgültig aus welchem Grund die Beendigung erfolgt ist;
- Tag, an dem die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit gleich welcher Art ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein aufnimmt;
- Tag der Beendigung des Versicherungsschutzes (gemäss Art. XIII);
- Tag des Todes der versicherten Person.

IV. LEISTUNGEN BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

1. **«Vollständige Arbeitsunfähigkeit»** (nachfolgend zur besseren Lesbarkeit auch als **«Arbeitsunfähigkeit»** bezeichnet) bedeutet jede zeitweilige Einstellung der Arbeit infolge vollständiger (100%) Unfähigkeit der versicherten Person (als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls), die angestammte selbständige Tätigkeit auszuüben. Diese Unfähigkeit muss durch den Bericht eines Arztes bestätigt werden. Der Versicherer kann von der versicherten Person eine Untersuchung durch einen vom Versicherer bestimmten unabhängigen Arzt verlangen.
2. Die Leistung des Versicherers wird monatlich entrichtet. Sie entspricht dem tiefsten der nachfolgenden Beträge: (a) im Kreditvertrag festgelegte monatliche Mindestrate, (b) am 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit ausstehender Kreditbetrag oder (c) max. CHF 2'500.– pro Monat. Dauert die Arbeitsunfähigkeit nach dem 31. Tag weniger als einen vollen Monat an, leistet der Versicherer für jeden Tag der andauernden Arbeitsunfähigkeit 1/30 des nach Satz 2 geschuldeten Betrages.
3. Die Leistungen des Versicherers werden nach Ablauf einer Wartefrist von 30 aufeinanderfolgenden Tagen (ab Feststellung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit) während der gesamten Dauer der Arbeitsunfähigkeit erbracht, höchstens jedoch während 12 Monaten pro Schadensfall. Die in Art. III vereinbarten Beendigungstermine bleiben vorbehalten.
4. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit führt – ursachenunabhängig – lediglich zu einem Versicherungsanspruch gemäss den folgenden Bestimmungen:
 - 4.1 Hat die versicherte Person ihre selbständige Tätigkeit innerhalb von 6 Monaten vor Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit wieder aufgenommen, wird die weitere Periode der Arbeitsunfähigkeit als Fortsetzung der ersten behandelt (keine erneute Wartefrist; keine Leistungserbringung während der Dauer der Wiederaufnahme). Für die erste und die weitere Arbeitsunfähigkeit werden Leistungen während insgesamt max. 12 Monaten erbracht.
 - 4.2 Liegen zwischen dem Ende der ersten und dem Beginn der weiteren Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Monate (erneute selbständige Tätigkeit), wird die weitere Periode der Arbeitsunfähigkeit als neuer Versicherungsfall mit neuer Wartefrist behandelt.

V. FÄLLE VON VERSICHERUNGS-AUSSCHLUSS BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Die Leistungen des Versicherers sind in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Arbeitsunfähigkeit als Folge:
 - einer bereits bestehenden Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder bereits bestehender Leiden (insbesondere Krankheiten oder Unfälle), welche der versicherten Person im Zeitpunkt ihres Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag bekannt waren oder ihr hätten bekannt sein müssen;
 - von Selbsttötungsversuchen, vorsätzlichen Körperverletzungen, Konsum von nicht ärztlich verschriebenen Drogen oder Medikamenten;
 - der Leistung militärischer und ähnlicher Dienste;
 - von durch vorsätzliche Handlungen der versicherten Person eintretenden Unfall- oder Krankheitsfolgen, einschliesslich Folgen schwerer oder chronischer Alkoholabhängigkeit;

- von Wirbelsäulenleiden oder Unfallverletzungen der Wirbelsäule, sofern diese nicht durch Röntgenaufnahmen oder Kernspintomographie (MRI) nachgewiesen werden können;
- von AIDS oder aufgrund der Folgen von AIDS;
- Teilweise Arbeitsunfähigkeit: Diese liegt vor, wenn die versicherte Person die angestammte Beschäftigung oder Tätigkeit zwar nicht mehr im bisherigen Umfang, aber noch eingeschränkt (stundenweise) ausüben kann;
- Arbeitsunterbruch in Verbindung mit gesetzlichem Mutterschaftsurlaub;
- Arbeitseinstellung oder -unfähigkeit aufgrund psychischer Probleme (einschliesslich Depressionen), sofern diese nicht durch einen in der Schweiz ansässigen anerkannten Psychiater bestätigt werden;
- Jegliche Erhöhung des Kredites während eines Schadensfalles.

VI. LEISTUNGEN BEI VOLLSTÄNDIGER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

1. **«Vollständige Erwerbsunfähigkeit»** bedeutet die gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) – nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung voraussichtlich verbleibende – festgestellte dauerhafte Unfähigkeit der versicherten Person (Eintritt infolge Krankheit oder Unfall), bezahlter Arbeit nachzugehen. Sie muss innert 12 Monaten ab Unfall oder Krankheitsbeginn eingetreten sein, einen Grad von mindestens 70% erreichen (ermittelt nach Vorgaben des IVG) und durch den Bericht von zwei Ärzten bestätigt werden. Der Versicherer kann zu diesem Zweck eine Untersuchung durch zwei vom Versicherer bestimmte unabhängige Ärzte verlangen.
2. Die Leistung des Versicherers wird einmalig entrichtet. Sie entspricht dem nach einer Wartefrist von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt des Nachweises der vollständigen Erwerbsunfähigkeit (Art. X) unter dem Kreditvertrag noch ausstehenden Betrag (abzüglich bereits fälliger Raten und dafür geschuldeter Verzugszinsen). Sofern begründete Zweifel daran bestehen, dass die Erwerbsunfähigkeit von Dauer sein wird, kann der Versicherer die Auszahlung der Versicherungsleistung für einen Zeitraum von 12 Monaten verweigern.
3. Die Leistung des Versicherers ist auf maximal CHF 65'000.– begrenzt.

VII. FÄLLE VON VERSICHERUNGSAUSSCHLUSS BEI VOLLSTÄNDIGER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Die Leistungen des Versicherers sind in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- in den in Art. V genannten Fällen (vollständige Arbeitsunfähigkeit);
- Während der Verbüssung einer Haftstrafe;
- Vollständige Erwerbsunfähigkeit als Folge:
 - der Ausübung der nachstehenden Sportarten: Kampfsportarten (Boxen, Ringen, Karate, Judo etc.), Riverrafting, Kanu- und Kajakfahren, Flaschentauchen, Klettern, Fall- und Gleitschirmfliegen, Pferdesport, Jagd, Rennsport jeder Art (ausgenommen zu Fuss), Wintersport (ausgenommen Ski-, Schlittschuh- und Schlittenfahren);
 - von Motorradfahren als Fahrer oder Beifahrer;
 - der Ausübung nachstehender Berufe: Taucher, Minenarbeiter, Zirkusartist, Arbeit mit explosiven Stoffen, jede Betätigung als Berufssportler;
 - der Eingehung aussergewöhnlicher Gefahren und Wagnisse im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes;
 - jeder Art des Fliegens, ausser als zahlender Passagier eines gewerbmässig durchgeführten Fluges in einem Passagierflugzeug;
 - der Ausübung strafbarer Handlungen des Versicherten oder eines Dritten, soweit der Versicherte Gehilfe war;
 - ionisierender Strahlung oder radioaktiver Verstrahlung.

VIII. LEISTUNGEN BEI SCHWERER KRANKHEIT

1. Bei Vorliegen einer Schweren Krankheit entrichtet der Versicherer nach einer Wartezeit von 30 Tagen, die die versicherte Person überleben muss, eine einmalige Leistung. Sie entspricht dem ab dem Zeitpunkt des Nachweises der Schweren Krankheit gemäss Kreditvertrag noch ausstehenden Betrag, abzüglich desjenigen Betrags, mit dem die versicherte Person im Verzug ist (inklusive dafür geschuldeter Verzugszinsen).
2. Die Leistung des Versicherers ist auf den Betrag von maximal CHF 65'000.– begrenzt.
3. Eine **«Schwere Krankheit»** im Sinne dieser Bedingungen besteht, wenn das Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten durch Attest eines niedergelassenen Arztes nachgewiesen wird:

3.1 Herzinfarkt

Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden. Angina Pectoris ist ausgeschlossen.

Vereinfachte Erläuterung: Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels abstirbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

3.2 Schlaganfall mit bleibenden Folgen

Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen. Ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA).

Vereinfachte Erläuterung: Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Blutleere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

3.3 Schwerer Krebs

Vorliegen eines über das Stadium T1 hinausgehenden und histologisch (=durch feingewebliche oder mikroskopische Untersuchung) nachgewiesenen malignen (= bösartigen) Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz (=Eindringen in fremde Körpergewebe) und Metastasierungstendenz (=Bildung von Tochtergeschwulsten).

Unter den Begriff «schwerer Krebs» fallen auch die malignen Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschliesslich Leukämien (= Blutkrebs), Lymphomen und Morbus Hodgkin (= Lymphdrüsenkrebs).

Ausgeschlossen sind jedoch:

- alle Krebserkrankungen bei gleichzeitig vorhandener HIV-Infektion
- Vorstufen von Krebserkrankungen wie z. B. nichtinvasive Carcinomata-insitu (einschliesslich Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 und CIN-3), sonstige prä-maligne oder semimaligne Tumore
- alle Tumore der Prostata, die histologisch nicht mindestens als Stadium B (II) bzw. als T2 gekennzeichnet wurden
- alle Hauttumore mit Ausnahme aller invasiven malignen Melanome (=schwarzer Hautkrebs); diese sind ab dem Stadium T2 gedeckt.

Vereinfachte Erläuterung: Der Begriff «Krebs» umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

3.4 Irreversibles Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmässige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung: Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.

3.5 Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, wobei die Erkrankung mehr als einen Schub von klar definierten und multiplen neurologischen Störungen verursacht, die ausgelöst sind durch Demyelinisierung des Gehirns und Rückenmarks. Es muss weiterhin durch die Diagnose nachgewiesen werden, dass für einen ununterbrochenen Zeitraum von sechs Monaten neurologische Symptome vorliegen, die eine Kombination von Beeinträchtigungen des Sehnervs, des Hirnstamms, Rückenmarks und der Koordination der sensorischen Funktionen beinhalten.

Vereinfachte Erläuterung: Multiple Sklerose ist eine fortschreitende Erkrankung des zentralen Nervensystems, wobei die die Nervenfasern umgebende Schutzschicht (Myelin) in Gehirn und Rückenmark zerstört wird. Die auftretenden Symptome sind verschieden, je nachdem, welcher Bereich des Gehirns oder Rückenmarks betroffen ist. Der Verlauf der Erkrankung variiert deutlich. Beispiele neurologischer Symptome sind Koordinationsprobleme, Gangunsicherheit und Störung von Blasen- und Schliessmuskelfunktion.

3.6 Wesentliche Organtransplantationen, sofern die versicherte Person Empfänger des Organs ist

Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantationen für Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein. Ausgeschlossen sind Stammzelltransplantationen.

Vereinfachte Erläuterung: Schwere Erkrankungen oder Verletzungen können Organe so stark schädigen, dass eine Behandlung nur durch die Entfernung des kranken und die Transplantation eines gesunden Organs möglich ist. Für

viele Organe bestehen lange Wartelisten, da nicht ausreichend Transplantate zur Verfügung stehen.

IX. FÄLLE VON VERSICHERUNGSAUSSCHLUSS BEI SCHWERER KRANKHEIT

Die Leistungen des Versicherers sind in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Wenn die Schwere Krankheit Folge einer bereits bestehenden Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder bereits bestehender Leiden (insbesondere Krankheiten oder Unfälle) ist, welche der versicherten Person im Zeitpunkt ihres Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag bekannt waren oder ihr hätten bekannt sein müssen;
- Schwere Krankheit als Folge von ionisierender Strahlung oder radioaktiver Verstrahlung.

X. ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

Für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Versicherungsleistung hat die versicherte Person die hierfür bestimmten Schadenformulare zu verwenden, welche die versicherte Person vom Versicherer unter der untenstehenden Adresse beziehen kann. Das ausgefüllte Formular muss anschliessend dem Versicherer zugesandt werden (vgl. Adresse am Ende dieses Art. X). Zur Prüfung einer Leistungspflicht kann der Versicherer alle Nachweise verlangen, die er für die jeweilige Anspruchsprüfung als notwendig erachtet (inklusive die Gewährung von Akteneinsicht, um zu überprüfen, ob die versicherte Person die Aufnahmebedingungen im Zeitpunkt des Versicherungsbeitritts erfüllt hat). Es sind dies insbesondere:

Im Falle von vollständiger Arbeitsunfähigkeit oder Schwerer Krankheit

- Einen Nachweis über die selbstständige Tätigkeit (z.B. Handelsregisterauszug, Bestätigung der Ausgleichskasse oder vergleichbare Bescheinigung bei freien Berufen);
- Ärztliches Zeugnis oder Befund, das/der (a) über die Ursache und Eigenschaft der Krankheit bzw. der Körperverletzung sowie über die entsprechende Prognose Auskunft gibt und (b) die mutmassliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bestimmt;
- Bei Unfall: eine Kopie des Polizeiberichts (soweit vorhanden)

Im Falle von vollständiger Erwerbsunfähigkeit

- Einen Nachweis über die selbstständige Tätigkeit (z.B. Handelsregisterauszug, Bestätigung der Ausgleichskasse oder vergleichbare Bescheinigung bei freien Berufen);
- Ärztliches Zeugnis oder Befund, das/der (a) über die Ursache und Eigenschaft der Krankheit bzw. der Körperverletzung sowie über die entsprechende Prognose Auskunft gibt und (b) die vollständige Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. VI.1 feststellt

Ärztliche Berichte oder Atteste müssen in allen Fällen von einem in der Schweiz, Frankreich, Italien, Deutschland oder im Fürstentum Liechtenstein niedergelassenen Arzt ausgestellt sein. Alle Dokumente sind in einer der Landessprachen der Schweiz einzureichen. Die mit den oben genannten Nachweisen verbundenen Kosten sind von der versicherten Person zu tragen. Der Versicherer kann zusätzlich auf eigene Kosten weitere Nachweise beschaffen oder einfordern und weitere ärztliche Untersuchungen verlangen, die ihm beim Entscheid hinsichtlich der Feststellung des Anspruchs als notwendig erscheinen. In diesem Zusammenhang hat der Versicherer das Recht, die behandelnden Ärzte direkt zu kontaktieren. Die versicherte Person entbindet hiermit die behandelnden Ärzte sowie alle weiteren Mitarbeitenden von Institutionen, Behörden u.ä., die in den im Leistungsfall vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die sonst wie an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht, soweit dies zur Feststellung der Deckungsverpflichtung (inklusive Verifizierung der Aufnahmebedingungen) notwendig ist. Die oben erwähnten bzw. zusätzlich eingeforderten Dokumente sind unverzüglich nach Eintritt eines Schadensfalles an folgende Adresse zu senden:

AXA Versicherungen AG
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur

XI. ÄNDERUNG DER PRÄMIEN ODER AVB / MITTEILUNGEN

1. Der Versicherer kann sowohl für bestehende als auch für neue Risiken jederzeit eine Änderung der Prämien und/oder der AVB verlangen. Der Versicherer teilt den versicherten Personen die entsprechenden Änderungen spätestens 30 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Alle Mitteilungen gelten als gültig zugestellt, wenn sie an die letzte dem Versicherer oder der Bank bekannt gegebene Korrespondenzadresse abgeschickt worden sind.
2. Ist die versicherte Person mit den Änderungen nicht einverstanden, kann sie den Versicherungsschutz unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen per Monatsende durch schriftliche Mitteilung an die Bank beenden.

XII. PRÄMIE

1. Die Bank als Versicherungsnehmerin und Prämienschuldnerin gegenüber dem Versicherer überwälzt ihre Prämienschuld auf die versicherte Person. Die versicherte Person schuldet ihre Prämie der Bank, welche diese zusammen mit den monatlichen Kreditraten und der Eidg. Stempelabgabe einfordert.
2. Die erste Prämie ist am Datum des Versicherungsbeginns fällig, die Folgeprämien in den darauf folgenden Monaten, jeweils zusammen mit den monatlichen Kreditraten unter dem Kreditvertrag.

3. Die Prämie ist eine Monatsprämie. Die versicherte Person ist verpflichtet, ihre Monatsprämie an die Bank auch während der Zeit zu bezahlen, während jener sie unter diesem Kollektivversicherungsvertrag Leistungen bezieht.

XIII. BEENDIGUNG / ZAHLUNGSVERZUG

1. Die versicherte Person kann die Versicherung beenden, indem sie dies der Bank zuhänden des Versicherers innerhalb von 30 Tagen nach Versicherungsbeginn schriftlich mitteilt. In diesem Falle wird der Versicherungsschutz ohne Kostenfolgen aufgelöst und die von der versicherten Person bereits an die Bank geleistete Prämie voll zurückerstattet.
2. Nach den ersten 30 Tagen kann die versicherte Person den Versicherungsschutz mittels schriftlicher Mitteilung an die Bank zuhänden des Versicherers unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Monatsende beenden. Im Fall einer solchen Beendigung wird die Versicherungsdeckung per betreffendes Monatsende ablaufen.
3. Der Versicherer und die Bank behalten sich das Recht vor, den Versicherungsschutz schriftlich unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Monatsende zu beenden (Zustellung gem. Art. XI.1 letztem Satz).
4. Wird die von der versicherten Person geschuldete Prämie nicht rechtzeitig zum Fälligkeitsdatum gemäss Art. XII.2 bezahlt, ist die Bank berechtigt, die versicherte Person unter Androhung der Säumnisfolgen auf Kosten der versicherten Person schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten. Sollte die Prämie trotz einer solchen Mahnung nicht fristgemäss bezahlt werden, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf der genannten 14 Tage.

XIV. LEISTUNGSERBRINGUNG UND ABTRETUNG

Der Versicherer erbringt die Versicherungsleistungen an die Bank. Zu diesem Zweck tritt die versicherte Person hiermit ihren Anspruch auf alle Versicherungsleistungen gegenüber dem Versicherer an die Bank ab. Die Versicherungsleistungen werden dem dortigen Konto der versicherten Person gutgeschrieben; deren Restschuld aus dem Kreditvertrag wird dementsprechend im Umfang der Leistungen des Versicherers an die Bank getilgt.

XV. RÜCKKAUFS- UND UMWANDLUNGSWERT

Die Versicherung hat keinen Rückkaufs- oder Umwandlungswert.

XVI. BESCHWERDEVERFAHREN (OMBUDSMANN)

Ist die versicherte Person mit den erbrachten Leistungen unzufrieden, kann sie sich jederzeit an den Versicherer wenden. Kann keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden, kann die versicherte Person an den Versicherungs-Ombudsmann gelangen:

Ombudsmann für Privatversicherungen und der Suva

Deutschschweiz (Hauptsitz)

In Gassen 14, Postfach 181, 8022 Zürich

Tel. 044 211 30 90 / help@versicherungsombudsman.ch

Französischsprachige Schweiz:

Ch. des Trois-Rois 2, Case postale 5843, 1002 Lausanne

Tel. 021 317 52 71 / help@ombudsman-assurance.ch

Italienischsprachige Schweiz:

Via G. Pocobelli 8, Casella Postale, 6903 Lugano

Tel. 091 967 1783 / help@ombudsman-assicurazione.ch

Der Ombudsmann prüft die Beschwerde und sucht zwischen den Parteien zu vermitteln. Die Möglichkeit der Beschreitung des Rechtsweges bleibt hiervon unberührt.

XVII. DATENSCHUTZ

AXA bearbeitet Daten, die sich aus den Versicherungsunterlagen und der Vertragsabwicklung ergeben, und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, die Vertragsverwaltung und für die Bearbeitung von Versicherungsfällen. AXA kann sich hierzu Mutter-, Tochter- und anderen Konzerngesellschaften bzw. Niederlassungen in anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz bedienen. Daten der versicherten Person können zur Abwicklung der Versicherung an AXA, deren Hauptsitz sowie Mutter-, Tochter- und anderen Konzerngesellschaften in Länder des Europäischen Wirtschaftsraums sowie die Schweiz übermittelt werden. Darüber hinaus können Daten der versicherten Person im Schadenfall, einschliesslich der hierzu geführten Korrespondenz, an die Bank als bezugsberechtigte Versicherungsnehmerin weitergeleitet werden. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die versicherte Person hat das Recht, bei AXA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

XVIII. RECHTSWAHL

Ansprüche der versicherten Person unter dem Kollektivversicherungsvertrag unterstehen schweizerischem Recht.

XIX. GERICHTSSTAND

Als Gerichtsstand steht der versicherten Person wahlweise zur Verfügung: Winterthur als Sitz des Versicherers oder der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person.