

Raiffeisen Vorsorgestiftung

UID CHE-110.385.127

Versicherte Person XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ihr Ansprechpartner: Raiffeisenbank XXXXXXXXXXXXXXX, Tel. +41 XX XXX XX XX (nachfolgend «Bank»)

Sparzielabsicherung bei der Raiffeisen Vorsorgestiftung, 9001 St. Gallen (nachfolgend "Stiftung")

Vorname Name XXXXXX XXXXXXXXXXXX **Geburtsdatum** XX.XX.XXXX

(nachfolgend «Zu versichernde Person» / «Versicherte Person»)

Prämienbelastungskonto CHXX XXX XXXX XXXX XXXX X

Aktuell erwerbstätig? ja nein (Abschluss Sparzielabsicherung nicht möglich)

Sparzielabsicherung Maximalabsicherung entspricht jährlich dem Höchstbetrag der Säule 3a für BVG-Versicherte (2025: CHF 7'258.00)
Im ersten Versicherungsjahr wird die Prämie pro rata (anteilmässig) erhoben.

Risikoprämie Gemäss gültiger «Vorsorge – Konditionenübersicht» (2025: 2.96%)

Inhalt der Vereinbarung

Die Stiftung bietet ihren Vorsorgenehmern an, eine Versicherung der Sparziele in der gebundenen Vorsorge 3a abzuschliessen (Sparzielabsicherung). Bei Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit wird die Erreichung des Sparziels gemäss obiger Sparzielabsicherung sowie den beiliegenden «Sparzielabsicherung – Allgemeine Vertragsbedingungen» (nachfolgend «AVB») sichergestellt, indem bei andauernder Erwerbsunfähigkeit bis zum deklarierten Schlussalter jährlich der jeweils abgesicherte Betrag auf ein Konto bei einer Raiffeisenbank geleistet wird.

Für die versicherten Leistungen hat die Stiftung als Versicherungsnehmerin mit der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft, Basel, (nachfolgend «Helvetia») als Versicherer und Risikoträger einen Kollektivlebensversicherungsvertrag (nachfolgend «Kollektivvertrag») abgeschlossen. Die Zu versichernde Person tritt dem Kollektivvertrag durch die Vereinbarung bei.

Versicherungsbeginn / Erlöschen des Versicherungsschutzes

Sind sämtliche Aufnahmebedingungen erfüllt, gilt der 1. Tag des Folgemonats, welcher dem Datum der Unterzeichnung dieser Vereinbarung folgt, als Versicherungsbeginn (Art. 4 AVB). Für das erste Jahr wird eine pro rata (anteilmässige) Risikoprämie berechnet. Diese wird am 1.1. des Folgejahres dem Prämienbelastungskonto belastet.

Die weiteren Risikoprämien werden am 1.1. eines jeweiligen Jahres fällig. Kann der geschuldete Betrag innert 4 Wochen nach Fälligkeit dem Prämienbelastungskonto nicht belastet werden, erlischt der Versicherungsschutz gemäss Art. 9 AVB.

Gesundheitsfragen

1. Ist Ihre Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt? ja nein
2. Hatten Sie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Unterzeichnung dieser Vereinbarung eine der folgenden Krankheiten: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, Diabetes mellitus, Nierenversagen, Multiple Sklerose, schwere Infektionen (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV), psychische Erkrankung oder rheumatische Krankheit? ja nein

Kein Anspruch auf Leistungen besteht insbesondere, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf eine Erkrankung oder ein Ereignis zurückzuführen ist, welches beim Abschluss dieser Vereinbarung vorbestanden hat oder bereits eingetreten ist.

Die Versicherte Person bestätigt, sämtliche in dieser Vereinbarung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet zu haben. Die Versicherte Person ist auch für Angaben verantwortlich, die durch Dritte festgehalten werden. Im Übrigen gelten die **AVB**, das «**Raiffeisen Vorsorgestiftung – Reglement**» sowie die «**Vorsorge – Konditionenübersicht**» in der jeweils aktuellen Form (abrufbar unter www.raiffeisen.ch/stiftungen oder auf Nachfrage bei der Bank erhältlich), die von der Versicherten Person ausdrücklich anerkannt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ort, Datum

Unterschrift des Kundenberaters

St. Gallen, 13. Januar 2025

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf Personen aller Geschlechter und gelten gegebenenfalls auch für eine Mehrzahl von Personen.

Allgemeine Bestimmungen

Unter «Bank» wird nachfolgend die Raiffeisenbank, welche auf der «Sparzielsicherung – Vereinbarung» (nachfolgend «Vereinbarung») als Ansprechpartner genannt wird, verstanden. Die Bank gilt als Vertreterin der Raiffeisen Vorsorgestiftung, 9001 St. Gallen (nachfolgend «Stiftung»). Sofern die Vereinbarung oder die «Sparzielsicherung – Allgemeine Vertragsbedingungen» (nachfolgend «AVB») keine abweichenden Regelungen enthalten, gilt das «Raiffeisen Vorsorgestiftung – Reglement» in der jeweils aktuellen Form. Der im Reglement verwendete Begriff «Vorsorgenehmer» meint hier jeweils die «Zu versichernde Person» bzw. die «Versicherte Person».

Für die versicherten Leistungen hat die Stiftung als Versicherungsnehmerin mit der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft, Basel, (nachfolgend «Helvetia») als Versicherer und Risikoträger einen Kollektivlebensversicherungsvertrag (nachfolgend «Kollektivvertrag») abgeschlossen. Die Zu versichernde Person tritt dem Kollektivvertrag durch die Vereinbarung bei.

Die Stiftung erbringt gemäss Kollektivvertrag Dienstleistungen, wie insbesondere die Betreuung der Versicherten Person. Damit ist die Stiftung bzw. die Bank Ansprechpartnerin für die Versicherte Person in allen Belangen.

1. Zweck der Versicherung

Mit der Versicherung des Sparziels (nachfolgend «Sparzielsicherung») wird bei Eintritt der Invalidität eine jährliche Invalidenrente versichert.

Durch den Beitritt zum Kollektivvertrag hat die Zu versichernde Person die Möglichkeit, eine Versicherung der Sparziele in der gebundenen Vorsorge 3a abzuschliessen. Bei Eintritt einer (teilweisen) Erwerbsunfähigkeit wird die Erreichung des Sparziels gemäss Vereinbarung und diesen AVB sichergestellt, indem bei andauernder Erwerbsunfähigkeit bis zum deklarierten Schlussalter jährlich der jeweils abgesicherte Betrag auf ein Konto bei einer Raiffeisenbank nach Wahl der Versicherten Person geleistet wird. Die Stiftung erbringt die Versicherungsleistung gegenüber der Versicherten Person zu Lasten von Helvetia.

2. Versicherungsschutz, Gesundheitsprüfung, Leistungsvorbehalt

Die Zu versichernde Person muss beim Abschluss der Versicherung erwerbstätig sein und ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Die Versicherungsleistungen werden ohne Vorbehalt gewährleistet, sofern die Zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig ist und sämtliche Gesundheitsfragen der Vereinbarung mit «nein» beantwortet wurden.

Die von der Stiftung und Helvetia gestellten Fragen über den Gesundheitszustand sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Mit der Unterschrift auf der Vereinbarung wird Helvetia ermächtigt, bei Ärzten, Therapeuten, anderen Medizinalpersonen, medizinischen Instituten, Behörden, anderen Versicherungsgesellschaften und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen. Die Versicherte Person entbindet die angefragten Ärzte, Therapeuten, anderen Medizinalpersonen, medizinischen Institute, Behörden, Versicherungseinrichtungen und weiteren Dritten sowie ihre Hilfspersonen ausdrücklich vom Amts-, Berufs- und Vertrags-, insbesondere Versicherungsgeheimnis, und ermächtigt sie, Helvetia, insbesondere ihrem Medizinischen Dienst, die zur Leistungsfallerledigung benötigten Auskünfte zu erteilen.

3. Anzeigepflichtverletzung

Hat die Versicherte Person bei Antragstellung eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kannte oder kennen musste und über die sie schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann die Stiftung bzw. Helvetia innert 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, die Vereinbarung durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der Versicherten Person wirksam. Wird die Vereinbarung durch Kündigung aufgelöst, erlischt auch die Leistungspflicht der Stiftung bzw. Helvetia für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst

worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die Stiftung bzw. Helvetia Anspruch auf Rückerstattung.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

Sind sämtliche Aufnahmebedingungen erfüllt, gilt der 1. des Monats, welcher dem Datum der Unterzeichnung der Vereinbarung folgt, als Versicherungsbeginn.

Die Versicherte Person kann den Versicherungsschutz innert 14 Tagen nach Unterzeichnung der Vereinbarung ohne Kostenfolge widerrufen.

5. Vertragsstichtag

Als Stichtag gilt der 1. Januar eines Jahres. Per Stichtag erfolgen jeweils die Leistungssummen-, Leistungs- und Prämienanpassungen.

6. Vertragsdauer

Die Sparzielsicherung gilt für ein Kalenderjahr. Ohne Kündigung (vgl. Art. 15) verlängert sich die Dauer stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr.

7. Schlussalter

Die Versicherungsdeckung endet mit dem Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters.

8. Anpassung der Risikoprämie

Wenn sich die der Prämienberechnung zugrunde liegenden Verhältnisse erheblich geändert haben, kann die Stiftung den vereinbarten Prämienatz gemäss «Vorsorge – Konditionenübersicht» anpassen. Der neue Prämienatz wird der Versicherten Person spätestens drei Monate vor dem nächsten Stichtag bekannt gegeben und gilt ab dem darauffolgenden Versicherungsjahr. Die Versicherte Person hat hierauf das Recht, die versicherten Leistungen bis Ende des laufenden Jahres mit Wirkung per Ende Jahr zu kündigen. Verzichtet die Versicherte Person darauf, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

9. Fälligkeit / Erlöschen des Versicherungsschutzes

Die Risikoprämien sind jährlich vorschüssig per 1.1. fällig und werden jeweils per diesem Datum direkt dem deklarierten Prämienbelastungskonto belastet. Im ersten Versicherungsjahr wird eine pro rata (anteilmässige) Risikoprämie ab dem Versicherungsbeginn bis zum 31.12. fällig. Diese wird am 1.1. des Folgejahres fällig und per diesem Datum direkt dem Prämienbelastungskonto belastet.

Kann der geschuldete Betrag innert 4 Wochen nach Fälligkeit dem Prämienbelastungskonto nicht belastet werden, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf dieser Frist.

Versicherte Leistungen

10. Definition und Höhe der Leistungssumme

Vereinbart wird entweder die Mindest- oder Maximalabsicherung.

Im ersten Versicherungsjahr entspricht die Höhe der versicherten Leistungssumme der deklarierten Mindestabsicherung oder der Maximalabsicherung, unabhängig wie viel auf den Vorsorgekonten einbezahlt wurde.

Ab dem Folgejahr gelten die auf den Vorsorgekonten getätigten Spareinlagen des Vorjahres als Basis zur Feststellung der versicherten Leistungssumme. Sind die auf den Vorsorgekonten getätigten Spareinlagen tiefer als die vereinbarte Leistungssumme, gilt die vereinbarte Leistungssumme (der Mindest- bzw. Maximalabsicherung) als versicherte Summe. Dies gilt ebenfalls, wenn während dem Kalenderjahr keine Einzahlungen getätigt wurden. Wurde bei der Mindestabsicherung mehr als vereinbart einbezahlt, gilt der gesamte im Vorjahr einbezahlte Betrag als Leistungssumme.

Die maximal versicherbare Leistungssumme pro Versicherte Person entspricht dem jährlichen Höchstbetrag der gebundenen Vorsorge 3a für BVG-Versicherte. Wird die Maximalabsicherung vereinbart, so wird die Leistungssumme bei Anpassung durch den Gesetzgeber automatisch an den neuen Höchstbetrag angepasst (Maximalabsicherung).

Eine Erhöhung der Leistungssumme bei pendenden Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsfällen sowie bei teilerwerbsfähigen Versicherten Personen ist ausgeschlossen. Somit ist die versicherbare Leistungssumme in vorgenannten Fällen beschränkt auf die versicherte Leistungssumme im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit. Nach Eintritt der (Teil-) Erwerbsunfähigkeit ist jede Weiterversicherung ausgeschlossen.

11. Anspruch auf Leistungen

Ist die Versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall länger als 12 Monate (nachfolgend «Wartefrist») zu mindestens 40% ununterbrochen erwerbsunfähig und liegt ein entsprechender rechtsgültiger IV-Entscheid vor, entsteht ein Anspruch auf Leistung. Die Erbringung der Leistung erfolgt rückwirkend auf den Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit, die zur Invalidität geführt hat, jedoch ohne Anspruch auf Verzugszinsen.

Die Risikoprämien sind bis zum 31.12. nach Beginn der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit geschuldet.

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person im Sinne des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) invalid ist. Invaliditätsfälle sind nach Eintritt des Ereignisses sofort der Bank zu melden.

Der Umfang des Anspruches bestimmt sich anhand des im IV-Entscheid festgestellten Invaliditätsgrades. Es besteht ein Anspruch auf:

- die volle Leistungssumme (mindestens 70% invalid)
- Dreiviertel der Leistungssumme (mindestens zu 60% invalid)
- die Hälfte der Leistungssumme (mindestens zu 50% invalid)
- ein Viertel der Leistungssumme (mindestens zu 40% invalid)

Der Anspruch auf Leistung erlischt mit dem Tod der Versicherten Person, dem Sinken des Erwerbsunfähigkeitsgrades unter 40% oder mit dem Erreichen des Schlusalters.

Eine Erhöhung der Versicherungsleistungen nach Eintritt einer Teilinvalidität ist ausgeschlossen.

Das erneute Auftreten einer Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus gleicher Ursache (Rückfall) gilt als neues Ereignis mit neuer Wartefrist, wenn die Versicherte Person vor dem Rückfall während mehr als eines Jahres ununterbrochen wieder vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig war. Für Rückfälle innert eines Jahres, welche keine neue Wartefrist auslösen, werden die in der Zwischenzeit erfolgten Leistungsanpassungen rückgängig gemacht.

12. Ausschluss der Leistungen

Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn:

- die Erwerbsunfähigkeit auf eine Erkrankung oder ein Ereignis zurückzuführen ist, welches beim Abschluss der Vereinbarung vorbestanden hat oder bereits eingetreten ist;
- die Erwerbsunfähigkeit von der Versicherten Person durch schweres Verschulden bzw. bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt worden ist;
- die Erwerbsunfähigkeit Folge der Teilnahme der Versicherten Person an bürgerlichen Unruhen oder kriegerischen Handlungen ist;
- oder sich die Versicherte Person einer Eingliederungsmassnahme der IV widersetzt.

13. Auszahlung der Leistungen

Fällige Leistungen werden auf den Vertragsstichtag fällig und ausschliesslich auf ein Konto der Raiffeisenbank zu Gunsten der Versicherten Person ausbezahlt.

Die Leistungen gelten als Summenversicherung.

Besondere Bestimmungen

14. Ausscheiden aus der Versicherung

Eine Versicherte Person scheidet aus dem Kollektivvertrag aus sofern:

- die Vereinbarung zwischen der Stiftung und der Versicherten Person aufgelöst respektive gekündigt wird;
- die Versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt (der Versicherungsschutz endet per 31.12. des laufenden Versicherungsjahres), oder
- die Versicherte Person das Schlusalter erreicht oder stirbt.

Nach Eintritt der Teilinvalidität ist jede Weiterversicherung ausgeschlossen.

Mit dem Datum des Ausscheidens aus dem Kollektivvertrag erlischt auch der Anspruch auf Leistung. Es bestehen keine Nachdeckung und kein Anspruch auf Rückerstattung der Risikoprämie. Eine Weiterführung der Versicherung ist ausgeschlossen.

15. Kündigung

Die Vereinbarung kann von beiden Parteien (Versicherte Person und Stiftung) frühestens auf Ende des ersten Versicherungsjahres schriftlich gekündigt werden. Der schriftlichen Kündigung ist eine Kündigung mit elektronischer Unterschrift gleichgesetzt (z.B. mittels CRM-System generierter elektronischer Unterschrift). Mit der Kündigung erlischt die Sparzielsicherung jeweils per Jahresende. Damit die Kündigung gültig ist, muss diese drei Monate vor Ablauf, d.h. bis spätestens zum 30. September bei der anderen Partei eingetroffen sein. Vorbehalten bleibt die Kündigung durch die Stiftung bzw. Helvetia gemäss Art. 3.

16. Verjährung

Die Versicherungsansprüche verjähren fünf Jahre nach Eintritt des versicherten Ereignisses.

17. Anwendbares Recht, Gerichtsstand und Erfüllungsort

Die AVB sowie das Verhältnis zwischen der Versicherten Person und der Stiftung bzw. Helvetia unterstehen schweizerischem Recht. Gerichtsstand ist der Erfüllungsort. Der Erfüllungsort ist am Sitz der Stiftung. Die Stiftung kann auch am Sitz der Bank erfüllen. Bei Versicherten Personen mit Domizil im Ausland ist der Erfüllungsort zugleich der Betreuungsort.

18. Änderung der AVB

Änderungen der AVB können jederzeit einseitig durch die Stiftung vorgenommen werden. Die Änderungen werden der Versicherten Person in geeigneter Weise bekannt gegeben (schriftlich oder elektronisch) und gelten ohne Widerspruch innert 30 Tagen als genehmigt.

19. Inkrafttreten

Die AVB treten am 1. Januar 2024 in Kraft.

Ausgabe 1. Januar 2024