

Allgemeine Bestimmungen

1. Zweck der Versicherung

Die Raiffeisenbank gilt als Vertreterin der Raiffeisen Vorsorgestiftung, St.Gallen (Stiftung) und bietet ihren Vorsorge-Kunden an, eine Versicherung ihrer Sparziele in der gebundenen Vorsorge 3a abzuschliessen (Sparzielsicherung). Bei Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit wird die Erreichung des Sparziels gemäss Vereinbarung Sparzielsicherung 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. Zur Deckung der Versicherungsleistungen hat die Stiftung mit der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Basel (nachstehend «Helvetia») einen Kollektivlebensversicherungsvertrag abgeschlossen. Die Stiftung erbringt die Versicherungsleistung gegenüber der versicherten Person.

2. Versicherungsschutz, Gesundheitsprüfung, Leistungsvorbehalt

Der Kunde muss beim Abschluss der Versicherung erwerbstätig sein. Die Versicherungsleistungen werden ohne Vorbehalt gewährleistet, sofern der Kunde bei Versicherungsbeginn vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig ist und sämtliche Gesundheitsfragen der Vereinbarung Sparzielsicherung mit «nein» beantwortet wurden.

Wenn eine Gesundheitsfrage mit «ja» beantwortet wird, hat die zu versichernde Person zusätzlich das Formular «Ergänzungsantrag Risikoprüfung» der Helvetia auszufüllen. Die Helvetia ist berechtigt, auf eigene Kosten eine ärztliche Untersuchung zu verlangen. Die Helvetia entscheidet nach Prüfung der Unterlagen abschliessend über die Aufnahme in den Kollektivlebensversicherungsvertrag.

Die von der Stiftung und der Helvetia gestellten Fragen über den Gesundheitszustand sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Mit der Unterschrift auf der Vereinbarung wird die Helvetia ermächtigt, bei Ärzten, Therapeuten, anderen Medizinalpersonen, medizinischen Institute, Behörden, anderen Versicherungsgesellschaften und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen. Der Kunde 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, der Helvetia, insbesondere ihrem Medizinischen Dienst, die zur Antragsprüfung und Leistungsfallerledigung benötigten Auskünfte zu erteilen. Diese Einwilligung ist gültig, unabhängig vom Zustandekommen des vorliegenden Vertrages.

3. Anzeigepflichtverletzung

Hat die versicherte Person bei Antragstellung eine erhebliche Gefahrntatsache, die sie kannte oder kennen musste und über die sie schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann die Stiftung 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, so erlischt auch die Leistungspflicht der Stiftung für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrntatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die Stiftung Anspruch auf Rückerstattung.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

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

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 verlängert sich die Dauer stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr.

7. Schlussalter

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

8. Anpassung der Risikoprämie

Wenn sich die der Prämienberechnung zugrunde liegenden Verhältnisse erheblich geändert haben, kann die Stiftung den vereinbarten Prämienatz gemäss Preisliste anpassen. Der neue Prämienatz wird der versicherten Person spätestens drei Monate vor dem nächsten Stichtag bekannt gegeben und gilt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr. Die versicherte Person hat hierauf das Recht, die versicherten Leistungen bis Ende des laufenden Jahres sofort zu kündigen. Verzichtet die versicherte Person darauf, so gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

9. Fälligkeit / Erlöschen des Versicherungsschutzes

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

Kann der geschuldete Betrag innert 4 Wochen nach Fälligkeit dem Prämienbelastungskonto nicht belastet werden, erlischt der Versicherungsschutz gemäss Artikel 2 AVB.

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 für die versicherte Leistungssumme. Sind die auf den Vorsorgekonten getätigten Spareinlagen tiefer als die vereinbarte Leistungssumme, so gilt die vereinbarte Leistungssumme 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 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 pendenten 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 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.

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 Raiffeisenbank 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 des Kunden, dem Sinken des Erwerbsunfähigkeitsgrades unter 40 % oder mit dem Erreichen des Schlussalters.

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

Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf ein Ereignis zurückzuführen ist, welches bereits vor Vertragsabschluss vorbestanden hat oder bereits eingetreten ist.

Ist die Erwerbsunfähigkeit von der versicherten Person durch schweres Verschulden bzw. bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt worden, oder hat sich diese einer Eingliederungsmassnahme der IV widersetzt, so besteht ebenfalls kein Anspruch auf Befreiung von der Beitragszahlung.

Kein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit Folge der Teilnahme der versicherten Person an bürgerlichen Unruhen oder kriegerischen Handlungen ist.

13. Auszahlung der Leistungen (Fälligkeit)

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

Besondere Bestimmungen

14. Ausscheiden aus der Versicherung

Eine versicherte Person scheidet aus dem Kollektivlebensversicherungsvertrag aus sofern:

- das Vertragsverhältnis zwischen der Stiftung und der versicherten Person aufgelöst wird oder
- die versicherte Person das Schlussalter erreicht oder stirbt

Mit dem Datum der Vertragsauflösung zwischen der Stiftung und der versicherten Person erlischt der Versicherungsschutz. Es bestehen keine Nachdeckung und kein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie. Eine Weiterführung der Versicherung ist ausgeschlossen.

15. Kündigung

Die Versicherung kann von den Vertragsparteien frühestens auf Ende des ersten Versicherungsjahres schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung erlischt die Sparzielabsicherung jeweils per Jahresende. Damit die Kündigung gültig ist, muss diese 3 Monate vor Ablauf, d.h. bis spätestens zum 30. September bei der anderen Vertragspartei eingetroffen sein.

16. Verjährung

Die Versicherungsansprüche verjähren fünf Jahre nach Eintritt des versicherten Ereignisses.

17. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag anerkennt die Stiftung die Zuständigkeit der Gerichte sowohl an ihrem Sitz in St.Gallen als auch am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person.

Ausgabe 1. Januar 2019

0X00X0X_00.00X

AN0X00X00000000000000000XXXXXX