

Ergänzende Versicherungsbedingungen

für Kapitalleistungen bei schweren Erkrankungen und Körperbeeinträchtigungen (Tarif ci_KIDS), Ausgabe 2017

Generali Personenversicherungen AG, 8134 Adliswil

Inhaltsverzeichnis

Allgemein	Seite
1. Allgemein	1
Leistungen	Seite
2. Unsere Leistungen	1
3. Umfang des Versicherungsschutzes	2
4. Leistungsausschlüsse	2
5. Nachweis des Leistungsanspruchs	3
6. Geltungsbereich, Wegfall der Deckung bei Wohnsitz im Ausland	3
7. Ende der Zusatzversicherung	3
Kündigung, Rückkauf, Umwandlung	Seite
8. Kündigung, Rückkauf und Umwandlung	3
Weitere Bestimmungen	Seite
9. Schadenminderungspflicht	3
10. Unverschuldete Obliegenheitsverletzung	4
11. Überschussbeteiligung	4

Generali Versicherungen

Soodmattenstrasse 10
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

T +41 58 472 44 44
F +41 58 472 55 55
E-Mail: life.ch@generali.com
Internet: generali.ch

Ergänzende Versicherungsbedingungen

1. Allgemein

Die Kapitalleistung bei schweren Erkrankungen und Körperbeeinträchtigungen kann als Zusatz zu einer Hauptversicherung auf den Erlebens- und/oder Todesfall oder zu einer Rente bei Erwerbsunfähigkeit versichert werden.

2. Unsere Leistungen

2.1. Grundsätzliches

Wir zahlen Ihnen das versicherte Kapital, wenn die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer eines der genannten Ereignisse (siehe Ziffer 2.2.) erleidet und die Leistungsvoraussetzungen (siehe Ziffer 2.3.) dazu erfüllt sind.

2.2. Versicherte Ereignisse

Folgende Ereignisse sind versichert:

- Krebserkrankung;
- Blindheit;
- Taubheit;
- Paraplegie/Tetraplegie;
- Organtransplantation eines der folgenden Organe: Herz, Lunge, Leber, Niere;
- Verlust eines Armes;
- Verlust eines Beines;

- Verbrennungen dritten Grades von mindestens 30% der Körperoberfläche.

2.3. Definition der versicherten Ereignisse und Leistungsvoraussetzungen

2.3.1. Definition der Krebserkrankung und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Unter Krebserkrankungen fallen abschliessend alle malignen Tumore, die nicht vollständig (in toto) operativ entfernt werden können und/oder nicht kurativ behandelbar sind.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition wurde durch einen Facharzt in der Schweiz auf Basis eines histologischen Befundes erstellt;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person muss ab dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen am Leben sein.

2.3.2. Definition der Blindheit und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Unter Blindheit versteht man, wenn die Sehfähigkeit der versicherten Person so stark eingeschränkt ist, dass bezogen auf das bessere Auge nur noch ein Restsehvermögen (Restvisus) von höchstens 0.3 besteht oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum, also ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad, besteht. Der Verlust des Sehvermögens beider Augen ist irreversibel und kann nicht durch medizinische oder optische Massnahmen verbessert werden.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition muss durch einen Facharzt in der Schweiz gestellt werden;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt nach dem Unfall oder dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.3. Definition der Taubheit und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Unter Taubheit versteht man einen Hörverlust grösser oder gleich 70% am besseren Ohr, also ein Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2kHz, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60dB nachweist. Der Hörverlust kann nicht durch medizinische oder technische Massnahmen verbessert werden. Alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Taubheit.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition muss von einem Facharzt in der Schweiz gestellt werden;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt nach dem Unfall oder dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.4. Definition der Paraplegie/Tetraplegie und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Eine Paraplegie oder Tetraplegie (Querschnittslähmung) ist ein irreversibles Lähmungsbild mit Ausfall motorischer, sensibler und/oder vegetativer Körperfunktionen als Folge einer Durchtrennung oder Schädigung des Rückenmarks.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition muss durch einen Facharzt in der Schweiz gestellt werden;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt nach dem Unfall oder dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.5. Definition der Organtransplantation und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Die versicherte Person ist auf der Warteliste registriert oder es wurde

eine Transplantation als Organspendeempfänger der unter Ziffer 2.2. genannten Organe durchgeführt.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Ein Facharzt in der Schweiz bestätigt, dass und wann der Eingriff stattgefunden hat oder dass und seit wann die versicherte Person auf einer Warteliste registriert ist;
- Die Transplantation respektive die erstmalige Registration auf einer Warteliste erfolgt frühestens 6 Monate nach Vertragsbeginn;
- Die versicherte Person lebt nach der Transplantation oder der Registration auf der Warteliste noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.6. Definition Verlust eines Armes und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Unter Verlust eines Armes versteht man den dauerhaften Verlust eines Armes oder eines Teils des Armes oberhalb des Handgelenks.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition muss durch einen Facharzt in der Schweiz gestellt werden;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt nach dem Unfall oder dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.7. Definition Verlust eines Beines und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Unter Verlust eines Beines versteht man den dauerhaften Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenkes.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition muss von einem Facharzt in der Schweiz gestellt werden;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt nach dem Unfall oder dem Zeitpunkt

der Erstdiagnosestellung noch während mindestens 30 Tagen.

2.3.8. Definition bei Verbrennungen und Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch

Eine schwere Verbrennung ist eine Verbrennung dritten Grades an mindestens 30% der Körperoberfläche, die eine stationäre Behandlung in einem Spital erfordert.

Der Leistungsanspruch besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Die Diagnose gemäss vorstehender Definition und das Ausmass der Verbrennungen werden durch eine Spezialabteilung eines Spitals nachgewiesen;
- Die Erstdiagnose wurde frühestens 6 Monate nach dem Vertragsbeginn gestellt;
- Die versicherte Person lebt ab dem Erleiden der schweren Verbrennungen noch während mindestens 30 Tagen.

3. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Vorbehalten bleibt Ziffer 6.2. dieser Versicherungsbedingungen.

Ändert sich bei der versicherten Person nach Inkrafttreten der Versicherung die berufliche, persönliche oder gesundheitliche Situation, sind damit verbundene Gefahrenerhöhungen gedeckt, es sei denn, diese Änderung stehe im Zusammenhang mit Handlungen, welche zu einem Leistungsausschluss gemäss Artikel 4 führen.

Wird das versicherte Ereignis durch Sie und/oder die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt und liegt kein Leistungsausschlussgrund gemäss Artikel 4 vor, verzichtet Generali darauf, die Versicherungsleistungen zu kürzen, auch wenn sie gesetzlich dazu berechtigt wäre.

4. Leistungsausschlüsse

Wir erbringen keine Leistungen, wenn das versicherte Ereignis herbeigeführt wurde

- im Zusammenhang mit einer versuchten Selbsttötung;
- als Folge von Geburtsgebrechen und den daraus resultierenden Folgen;

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Unfall oder durch absichtliche Selbstverletzung;
- durch eine Handlung, durch welche die versicherte Person sich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken;
- aufgrund von Krankheiten oder Gebrechen oder Folgen von solchen, welche vor der Ausstellung der Police festgestellt oder behandelt wurden, es sei denn, diese Krankheiten oder Gebrechen wurden im Antrag angegeben und von Generali in die Versicherungsdeckung eingeschlossen;
- im Zusammenhang mit Krawallen oder politischen Unruhen, an denen die versicherte Person in aktiver Weise teilnimmt, Militärdienst ausserhalb der Schweiz, bewaffneten Konflikten, kriegerischen Ereignissen oder kriegsähnlichen Handlungen innerhalb oder ausserhalb der Schweiz;
- als Täter oder freiwilliger Teilnehmer bei Verbrechen oder Vergehen oder bei Vorbereitungen zu Verbrechen oder Vergehen oder bei gewalttätigen Auseinandersetzungen.

5. Nachweis des Leistungsanspruchs

5.1. Bei Eintritt eines Ereignisses und vorliegen einer Leistungsvoraussetzung gemäss Ziffer 2.2 und Ziffer 2.3 sind wir sofort zu benachrichtigen. Zuhanden unseres Gesellschaftsarztes ist uns vom behandelnden Arzt ein Bericht auf vorgedrucktem Formular einzureichen.

Der Versicherungsnehmer, der Anspruchsberechtigte und die versicherte Person haben auf unser Begehren die Herausgabe aller von uns benötigten medizinischen Akten und Berichte (z.B. Spitalaustrittsbericht) durch den zuständigen Arzt, das zuständige Spital oder allen anderen unter Ziffer 5.3. genannten Personen, welche Akten und Berichte über Ursache, Beginn und Verlauf der Krankheit oder den Hergang des Unfalls verfasst haben, zu veranlassen und/oder unserem Gesellschaftsarzt die Einsichtnahme in jene Berichte zu ermöglichen.

Hält sich die versicherte Person außerhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein auf, so kann Generali ver-

langen, dass die zur Anspruchsprüfung erforderlichen Abklärungen in der Schweiz und auf Kosten des Versicherungsnehmers erfolgen.

5.2. Generali ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst beizubringen, um ihre Leistungspflicht abzuklären (z.B. medizinische Gutachten, Akten der Sozialversicherung, Unterlagen anderer Privatversicherer, Lohn- und Steuerausweise). Sie kann bei Bedarf eine vertrauensärztliche Begutachtung verlangen.

5.3. Der Versicherungsnehmer, der Anspruchsberechtigte und die versicherte Person sind verpflichtet, beim Nachweis des Leistungsanspruchs vollumfänglich mitzuwirken. Sie sind insbesondere verpflichtet, Generali bei der Abklärung des Leistungsanspruchs auf deren Verlangen alle Auskünfte zu allen ihnen bekannten Tatsachen über den Schadenfall oder zu allen Tatsachen, welche damit im Zusammenhang stehen könnten, schriftlich zu erteilen. Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist ausserdem verpflichtet, Generali eine Vollmacht zu erteilen, bei den nachstehend erwähnten Personen und Institutionen Auskünfte einzuholen und in Akten Einsicht zu nehmen, soweit dies Generali für die Beurteilung des Leistungsanspruchs im oben genannten Sinn als notwendig erscheint. Die Vollmacht hat die Entbindung der nachfolgend genannten Personen und Institutionen vom Berufsgeheimnis, Amtsgeheimnis oder der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Generali miteinzubeziehen:

Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten; Personen mit einer medizinischen Ausbildung, welche mit der ärztlichen Betreuung/Behandlung der versicherten Person beauftragt sind, und entsprechendes Hilfspersonal; Krankenkassen, Kranken- und Unfallversicherungen, SUVA, Militärversicherung, AHV- und IV-Stellen; Lebensversicherungen und Pensionskassen, Rückversicherer, Arbeitgeber.

5.4. Generali kann dem Versicherungsnehmer, dem Anspruchsberechtigten und der versicherten Person eine angemessene Frist setzen, um ihren Pflichten gemäss Ziffer 5.1. bis Ziffer 5.3. nachzukommen, ansonsten geht der Versicherungsanspruch verloren.

6. Geltungsbereich, Wegfall der Deckung bei Wohnsitz im Ausland

6.1. Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

6.2. Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder den Ort ihres dauernden Aufenthaltes von der Schweiz ins Ausland (ohne Fürstentum Liechtenstein), so erlischt diese Zusatzversicherung am Datum der Abmeldung in der Schweiz.

7. Ende der Versicherung

Ohne vorzeitige Kündigung erlischt die Zusatzversicherung mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, mit der Auszahlung des versicherten Kapitals oder wenn die Hauptversicherung prämienfreigestellt wird oder vor dem vereinbarten Ablauf ausser Kraft tritt.

8. Kündigung, Rückkauf und Umwandlung

8.1. Die Zusatzversicherung kann von Ihnen auf Ende jedes Versicherungsjahres, gekündigt werden.

8.2. Die Zusatzversicherung kann nicht in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt oder zurückgekauft werden.

9. Schadenminderungspflicht

Der Versicherungsnehmer bzw. der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der eingetretene Schaden mit zumutbaren Massnahmen gemindert wird. Dazu gehört unter anderem, dass die versicherte Person bei Krankheit, Körperverletzung einen Facharzt aufsucht, dessen Anweisungen befolgt und sich allen zumutbaren Behandlungen unterzieht.

Ebenso kann die versicherte Person verpflichtet werden, sich bei der IV anzumelden und ihre berufliche Wiedereingliederung, insbesondere mit den von der IV vorgeschlagenen Massnahmen (z.B. Umschulung), mit eigenen Anstrengungen zu erleichtern.

Generali kann dem Anspruchsberechtigten eine angemessene Frist setzen, um der Schadenminderungspflicht nachzukommen, ansonsten Generali berechtigt ist, ihre Leistung zu reduzieren oder ganz zu verweigern.

10. Unverschuldete Obliegenheitsverletzung

Erscheint die Verletzung einer Obliegenheit nach Ziffer 5.4. (in Verbindung mit Ziffer 5.1. bis Ziffer 5.3.) und Artikel 9 den Umständen nach als unverschuldet, so tritt der in der betreffenden Bestimmung angedrohte Rechtsnachteil gemäss Artikel 45 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag nicht ein.

Hat Generali für die Erfüllung einer Obliegenheit (z.B. Auskunftserteilungen nach Ziffer 5.2. und Ziffer 5.3., Bevollmächtigungen nach Ziffer 5.3., Massnahmen nach Artikel 9) eine Frist gesetzt, so ist der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte befugt, die ohne Verschulden versäumte Handlung sofort nach Beseitigung des Hindernisses nachzuholen.

11. Überschussbeteiligung

Diese Versicherung basiert auf einem Tarif ohne Überschussbeteiligung.