

KUNDENINFORMATION NACH VVG

PaymentProtect für Kreditkarten 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?

Ihr 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, gegenüber der Bank zuhanden von AXA den Beitritt zum Kollektivversicherungsvertrag erklärt und von der Bank die Versicherungsbestätigung erhalten haben.

Welche Risiken sind versichert?

Versicherte Risiken sind vollständige Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte (für alle versicherte Personen) sowie Arbeitslosigkeit (für versicherte Personen im entlöhnten Arbeitsverhältnis) bzw. alternativ hierzu schwere Krankheiten (für selbständige versicherte Personen).

Wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Es besteht folgender Versicherungsschutz:

- Nach 30 Tagen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, eines Krankenhausaufenthalts oder einer Arbeitslosigkeit zahlt der Versicherer 5% des Betrages, der zur letzten Rechnungstellung der versicherten Kreditkarte vor Eintritt des Versicherungsfalles (1. Tag der Krankschreibung, des Krankenhausaufenthaltes bzw. der Bekanntgabe der Kündigung) auf dem Konto der versicherten Person ausstehend war (im folgenden **«versicherter Negativsaldo»**). Sollte die vollständige Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalt bzw. die Arbeitslosigkeit andauern, zahlt der Versicherer nach 60 Tagen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, des Krankenhausaufenthalts bzw. der Arbeitslosigkeit weitere 5% des versicherten Negativsaldos. Sollte die vollständige Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalt bzw. die Arbeitslosigkeit weiter andauern, zahlt der Versicherer nach 90 Tagen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, des Krankenhausaufenthalts bzw. der Arbeitslosigkeit weitere 90% des versicherten Negativsaldos.
- Bei Vorliegen einer schweren Krankheit (nur bei selbständigen, versicherten Personen) entrichtet der Versicherer nach einer Wartezeit von 30 Tagen, die die versicherte Person überleben muss, eine einmalige Leistung. Sie entspricht 100% des Betrages, der zur letzten Rechnungstellung der versicherten Kreditkarte vor Eintritt des Versicherungsfalles auf dem Konto der versicherten Person ausstehend war.
- Die Leistung des Versicherers für einen Versicherungsfall ist auf CHF 15'000 und je versicherter Person auf insgesamt 3 Versicherungsfälle (maximal CHF 45'000) begrenzt.

Wie erfolgt die Leistungserbringung?

AXA erbringt sämtliche Versicherungsleistungen an die Bank. Die Versicherungsleistung wird Ihrem dortigen Konto gutgeschrieben; der versicherte Negativsaldo Ihres Kontos (wie obenstehend bzw. in den AVB beschrieben) wird dementsprechend im Umfang der Leistungen von AXA an die Bank getilgt.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt für alle Risiken nach einer 60-tägigen Karenzfrist, gerechnet ab dem Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist.

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 Kreditkartenvertrag endet, oder Tag, an dem das gekündigte Konto bei der Bank ausgeglichen und saldiert wird;
- Datum, an dem der gesamte dannzumal noch ausstehende Betrag unter dem Kreditkartenvertrag vorzeitig fällig wird, insbesondere bei Kündigung zufolge Verzugs, bei Konkurs oder dergleichen der versicherten Person;
- 65. Geburtstag der versicherten Person; bzw. Tag der ordentlichen Pensionierung oder vorzeitigen Pensionierung der versicherten Person;
- Tag, an dem der Versicherer für die versicherte Person unter diesem Vertrag eine Versicherungsleistung für eine schwere Krankheit erbracht hat;
- Tag, an dem der Versicherer für die versicherte Person unter diesem Vertrag Versicherungsleistungen für 3 Schadenfälle (maximal CHF 45'000) erbracht hat;
- Tag, an dem die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit gleich welcher Art ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein aufnimmt;
- Tag der Beendigung des Versicherungsschutzes;
- 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 beiziehen. 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, KRANKENHAUSAUFENTHALT, ARBEITSLOSIGKEIT/SCHWERER KRANKHEIT

PaymentProtect

AXA Versicherungen AG betreffend Kreditkartenverträge 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 folgende Bedingungen erfüllen, nämlich Personen, die:

1. als Hauptkarteninhaber einen Kreditkartenvertrag («**der Kreditkartenvertrag**») mit der Bank abgeschlossen haben;
2. den Beitritt zum Kollektivversicherungsvertrag beantragt und sich bereit erklärt haben, die von der Bank überwälzte Monatsprämie zu bezahlen;
3. mindestens 18 Jahre und weniger als 65 Jahre alt sind;
4. entweder einer festen und bezahlten Beschäftigung in der Schweiz bzw. im Fürstentum Liechtenstein unter einem unbefristeten, ungekündigten Arbeitsvertrag nachgehen und mindestens 18 Stunden pro Woche bei demselben Arbeitgeber beschäftigt sind (im folgenden «**im entlöhnten Arbeitsverhältnis**») oder in der Schweiz bzw. im Fürstentum Liechtenstein einer auf Dauer angelegten selbständigen Tätigkeit nachgehen;
5. ihren Wohnsitz entweder in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein, in Deutschland, Frankreich oder Italien haben; und
6. keine Kenntnis von einer unmittelbar bevorstehenden Entlassung aus einem entlöhnten Arbeitsverhältnis haben.

II. BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt für alle versicherten Risiken 60 Tage nach dem Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist («**Karenzfrist**»).

III. ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Vorbehaltlich 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 Kreditkartenvertrag endet, oder Tag, an dem das gekündigte Konto bei der Bank ausgeglichen und saldiert wird;
- Datum, an dem der gesamte dannzumal noch ausstehende Betrag unter dem Kreditkartenvertrag vorzeitig fällig wird, insbesondere bei Kündigung zufolge Verzugs, bei Konkurs oder dergleichen der versicherten Person;
- 65. Geburtstag der versicherten Person;
- Tag der ordentlichen Pensionierung oder vorzeitigen Pensionierung der versicherten Person;
- Tag, an dem der Versicherer für die versicherte Person unter diesem Vertrag eine Versicherungsleistung für eine schwere Krankheit (gemäss Art. VIII) erbracht hat;
- Tag, an dem der Versicherer für die versicherte Person unter diesem Vertrag Versicherungsleistungen für 3 Schadenfälle (maximal CHF 45'000) erbracht hat;

- Tag, an dem die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit gleich welcher Art ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein aufnimmt;
- Tag der Beendigung des Versicherungsschutzes (gemäss Art. XIII.);
- Tag des Todes der versicherten Person.

IV. LEISTUNGEN BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ODER KRANKENHAUSAUFENTHALT

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 Beschäftigung oder 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. Überdies muss die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles in einem entlöhnten Arbeitsverhältnis stehen (wie unter Art. I. definiert).
2. «**Krankenhausaufenthalt**» bedeutet die medizinisch notwendige vollstationäre Behandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall. Der Versicherungsfall beginnt mit der vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine vollstationäre Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten nicht die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, die Entbindung sowie Schwangerschaftsabbruch.
3. Die Leistung des Versicherers wird wie folgt entrichtet: (a) Nach 30 Tagen der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankenhausaufenthaltes (im folgenden «**Wartefrist**») zahlt der Versicherer 5% des versicherten Negativsaldos. «**Versicherter Negativsaldo**» ist der Betrag, der zur letzten Rechnungstellung der versicherten Kreditkarte vor Eintritt des Versicherungsfalles (1. Tag der Krankschreibung bzw. des Krankenhausaufenthaltes) auf dem Konto der versicherten Person ausstehend war. (b) Sollte die Arbeitsunfähigkeit bzw. der Krankenhausaufenthalt andauern, zahlt der Versicherer nach 60 Tagen der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankenhausaufenthaltes weitere 5% des versicherten Negativsaldos. (c) Sollte die Arbeitsunfähigkeit bzw. der Krankenhausaufenthalt weiter andauern, zahlt der Versicherer nach 90 Tagen der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankenhausaufenthaltes weitere 90% des versicherten Negativsaldos.
4. Die Leistung des Versicherers für einen Versicherungsfall ist auf CHF 15'000 und je versicherter Person auf insgesamt 3 Versicherungsfälle (maximal CHF 45'000) begrenzt.
5. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit führt - ursachenunabhängig - lediglich zu einem Versicherungsanspruch gemäss den folgenden Bestimmungen:
 - 5.1 Hat die versicherte Person ihre entlöhnte Beschäftigung 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). Die erste und die weitere Arbeitsunfähigkeit gelten als ein Versicherungsfall, für den entsprechend den Regelungen gemäss Art. IV.3 Leistungen in Höhe von bis zu 100% des versicherten Negativsaldos, maximal CHF 15'000, erbracht werden.
 - 5.2 Liegen zwischen dem Ende der ersten und dem Beginn der weiteren Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Monate (erneute Beschäftigung im entlöhnten Arbeitsverhältnis), wird die weitere Periode der Arbeitsunfähigkeit als neuer Versicherungsfall mit neuer Wartefrist behandelt.

V. FÄLLE VON VERSICHERUNGSAUSSCHLUSS BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ODER KRANKENHAUSAUFENTHALT

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 Kernspinnresonanztomographie (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 Aussenstandes auf dem Konto während eines laufenden Schadensfalles bleibt für die Berechnung der Versicherungsleistung unberücksichtigt.

VI. LEISTUNGEN BEI ARBEITSLOSIGKEIT

1. **«Arbeitslosigkeit»** bedeutet den völligen und fortgesetzten Unterbruch der Arbeit als Folge einer Entlassung aus einem entlohnten Arbeitsverhältnis, aufgrund welcher für die versicherte Person volle Taggeldleistungen aus einer gesetzlichen Arbeitslosenversicherung ausgerichtet werden.
2. Die Leistung des Versicherers wird wie folgt entrichtet: (a) Nach 30 Tagen der Arbeitslosigkeit (Wartezeit) zahlt der Versicherer 5% des versicherten Negativsaldos. **«Versicherter Negativsaldo»** ist der Betrag, der zur letzten Rechnungstellung der versicherten Kreditkarte vor Eintritt des Versicherungsfalles (Tag der Bekanntgabe der Kündigung) auf dem Konto der versicherten Person ausstehend war. (b) Sollte die Arbeitslosigkeit andauern, zahlt der Versicherer nach 60 Tagen der Arbeitslosigkeit weitere 5% des versicherten Negativsaldos. (c) Sollte die Arbeitslosigkeit weiter andauern, zahlt der Versicherer nach 90 Tagen der Arbeitslosigkeit weitere 90% des versicherten Negativsaldos.
3. Die Leistung des Versicherers für einen Versicherungsfall ist auf CHF 15'000 und je versicherter Person auf insgesamt 3 Versicherungsfälle (maximal CHF 45'000) begrenzt.
4. Bezieht die versicherte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankenhausaufenthalt und wird sie zusätzlich arbeitslos, werden weiterhin einzig die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankenhausaufenthalt (Art. IV) ausgerichtet. Nach Ende der Arbeitsunfähigkeit kann, bei dannzumal gegebenen Voraussetzungen, ein Antrag auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit gestellt werden.
5. Eine weitere Arbeitslosigkeit führt lediglich zu einem Versicherungsanspruch gemäss den folgenden Bestimmungen:
 - 5.1 Hat die versicherte Person ihre entlohnte Beschäftigung innerhalb von 6 Monaten vor Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit wieder aufgenommen, wird die weitere Periode der Arbeitslosigkeit als Fortsetzung der ersten behandelt (keine erneute Wartezeit; keine Leistungserbringung während der Dauer der Wiederaufnahme). Die erste und die weitere Arbeitslosigkeit gelten als ein Versicherungsfall, für den entsprechend den Regelungen gemäss Art. VI.2 Leistungen in Höhe von bis zu 100% des versicherten Negativsaldos, maximal CHF 15'000, erbracht werden.
 - 5.2 Liegen zwischen dem Ende der ersten und dem Beginn der weiteren Arbeitslosigkeit mehr als 6 Monate (erneute Beschäftigung im entlohnten Arbeitsverhältnis), wird die weitere Periode der Arbeitslosigkeit als neuer Versicherungsfall mit neuer Wartezeit von 60 Tagen behandelt.

VII. FÄLLE VON VERSICHERUNGSAUSSCHLUSS BEI ARBEITSLOSIGKEIT

Die Leistungen des Versicherers sind in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Entlassung (oder Kündigung der versicherten Person mitgeteilt) vor dem 60. Tag nach Versicherungsbeginn;
- Arbeitslosigkeit, die nicht durch die Arbeitslosenversicherung entschädigt wird, sowie teilweise Arbeitslosigkeit;
- Eine bereits zur Zeit des Beitritts der versicherten Person zum Kollektivversicherungsvertrag mitgeteilte Kündigung der Arbeitsstelle oder zur Zeit der Unterzeichnung des Kreditvertrags bestehende Arbeitslosigkeit;
- Streik oder freiwillige Arbeitslosigkeit;

Ausgabe 2018

- Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrags oder eines spezifischen Arbeitsprojekts;
- Kündigung, die der versicherten Person während der Dauer einer Probe-, Lehr- oder Ausbildungszeit mitgeteilt wird. Dies gilt nicht, für eine Probezeit, die unmittelbar an einen Versicherungsfall anschliesst;
- Entlassung aufgrund einer vorsätzlichen Verletzung wesentlicher Pflichten des Arbeitsvertrages;
- Entlassung aus wichtigem Grund gemäss Art. 337 OR;
- Kündigt die versicherte Person ein entlohntes Arbeitsverhältnis, um anschliessend ein neues entlohntes Arbeitsverhältnis mit einem anderen Arbeitgeber aufzunehmen, so beginnt ab Beendigung des alten Arbeitsverhältnisses eine neue Karenzfrist von 60 Tagen zu laufen. Kündigt der neue Arbeitgeber das neue Arbeitsverhältnis innerhalb dieser Karenzfrist, besteht kein Versicherungsschutz.

VIII. LEISTUNGEN BEI SCHWERER KRANKHEIT

1. Anstelle des Risikos **«Arbeitslosigkeit»** (gemäss Art. VI.) ist bei versicherten Personen, die einer auf Dauer angelegten selbständigen Erwerbstätigkeit nachgehen, gemäss diesen AVB das Risiko **«schwere Krankheit»** versichert. Sollte die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beitritts zu diesem Kollektivversicherungsvertrag die Voraussetzungen für die Versicherbarkeit in der Versicherung bei schweren Krankheiten erfüllen und während der Dauer der Versicherung ein entlohntes Arbeitsverhältnis aufnehmen, so wandelt sich die Versicherung bei schweren Krankheiten in eine Arbeitslosigkeitsversicherung um und umgekehrt. Leistungen aus der Versicherung bei schweren Krankheiten und aus der Arbeitslosigkeitsversicherung können nicht gleichzeitig beansprucht werden.
2. 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 100% des Betrages, der zur letzten Rechnungstellung der versicherten Kreditkarte vor Eintritt des Versicherungsfalles (Tag des Nachweises der schweren Krankheit gemäss ärztlichem Attest) auf dem Konto der versicherten Person ausstehend war.
3. Die Leistung des Versicherers für einen Versicherungsfall ist auf CHF 15'000 begrenzt. Nach Auszahlung der Versicherungsleistung wegen schwerer Krankheit endet der Versicherungsschutz für die versicherte Person im Hinblick auf alle versicherten Risiken.
4. Eine **«schwere Krankheit»** im Sinne dieser Bedingungen besteht, wenn das Vorliegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten durch Attest eines niedergelassenen Arztes nachgewiesen wird:

4.1 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.

4.2 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 Bluteere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

4.3 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 Tochtergeschwülsten).

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 in situ (einschliesslich Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 und CIN-3), sonstige prä-maligne oder semi-maligne 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 (böartiger) 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.

4.4 Irreversibles Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behandelndes 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.

4.5 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) im 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.

4.6 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, Krankenhausaufenthalt oder schwerer Krankheit:

- Kopien des letzten Arbeitsvertrages und der letzten Lohnabrechnung;
- Bei Selbständigen 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);
- Abwesenheitserklärung vom Arbeitsplatz als Folge von Krankheit oder Unfall (Dokument des Arbeitgebers).

Im Falle von Arbeitslosigkeit

- Kopien des letzten Arbeitsvertrages und der letzten Lohnabrechnung;
- Kopie des Kündigungsschreibens;
- Kopie der Anmeldung und Geltendmachung von Arbeitslosenentschädigung bei einer Arbeitslosenkasse;
- Kopien der monatlichen Abrechnungen über Leistungsauszahlungen durch die Arbeitslosenkasse.

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 Eid, Stempelabgabe einfordert.

- 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.
- 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

- Die versicherte Person kann die Versicherung beenden, indem sie dies der Bank zuhanden 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.
- Nach den ersten 30 Tagen kann die versicherte Person den Versicherungsschutz mittels schriftlicher Mitteilung an die Bank zuhanden 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.
- 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).
- 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 Kreditkartenvertrag 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, 8024 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

Ausgabe 2018

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.