
Allgemeine Vertragsbedingungen

Rückdeckung - LI

Ausgabe 2012 - 10

Inhalt

1	Allgemeine Bedingungen	4
1.1	Grundsätze der vertraglichen Vereinbarungen	4
1.2	Vertragsänderungen	4
1.3	Art und Form der Rückdeckung	4
1.4	Treu und Glauben, Versicherungsgeheimnis	5
1.5	Anwendbares Recht	5
2	Leistungen von elipsLife	6
2.1	Versicherungsumfang	6
2.2	Auszahlung der Leistungen	7
2.3	Einschränkung der Versicherungsleistungen	8
2.4	Ausschlüsse von Versicherungsleistungen	8
3	Tarif und Prämien	10
3.2	Versicherungstechnische Grundlagen	10
3.3	Bruttoprämie	10
3.4	Prämiensatz	10
3.4 a	Festlegung	10
3.4 b	Überprüfung des Prämiensatzes	10
3.5	Jährlich anwendbare Bruttoprämie	11
3.6	Prämienzahlung	11
3.6 a	Zahlungsverzug	11
4	Informationspflichten	12
4.1	Informationsfluss	12
4.2	Information über Änderungen allgemeiner Art	12
5	Underwriting	13
5.1	Grundsätze des Underwriting	13
5.2	Information für das Underwriting bei Vertragsabschluss	13
5.3	Einkauf von Rentnerbeständen	13
6	Einschätzung der Einzelrisiken	14
6.1	Einschätzverfahren	14
6.2	Ordentliche Durchführung	14
6.3	Leistungskürzung aus gesundheitlichen Gründen	15
6.4	Definitiver Versicherungsschutz	16
6.5	Provisorischer Versicherungsschutz	16
7	Leistungsmanagement	17
7.1	Begriff und Eintritt des Versicherungsfalls	17
7.2	Meldung eines Versicherungsfalls	17
7.3	Schadenermittlung	18
7.4	Schadenanerkennung	19

7.5	Abtretung von Ansprüchen gegenüber Dritten	19
8	Kündigung des Vertrages	20
8.1	Allgemeine Bestimmungen	20
9	Meinungsverschiedenheiten	21
9.1	Allgemeine Bestimmungen	21
10	Anhang 1: Glossar	23

1 Allgemeine Bedingungen

1.1 Grundsätze der vertraglichen Vereinbarungen

Regelungsumfang	1 Die vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (im Folgenden „AVB“) regeln die Rechte und Pflichten im Vertragsverhältnis zwischen elipsLife und der Vorsorgeeinrichtung. Sie bilden integrierender Bestandteil des Rückdeckungsvertrags.
Abweichende Vereinbarungen	2 Besondere, von den AVB abweichende Abmachungen sind nur gültig, wenn sie im Rückdeckungsvertrag aufgeführt und von den Vertragspartnern unterschrieben sind.
Beginn und Dauer	3 Die vertraglichen Vereinbarungen treten auf das im Rückdeckungsvertrag vereinbarte Datum in Kraft. Sie gelten für unbestimmte Zeit und können gemäss Artikel 8 gekündigt werden.
Vertragsverlängerung	4 Erfolgt auf den Zeitpunkt des Ablaufs der vereinbarten Mindestvertragsdauer keine Kündigung, erneuern sich die vertraglichen Vereinbarungen jeweils um ein weiteres Jahr.
Verhältnis zu Dritten	5 Die vertraglichen Vereinbarungen regeln ausschliesslich das Verhältnis zwischen der Vorsorgeeinrichtung und elipsLife. Daraus entstehen keine Rechte und keine rechtlichen Beziehungen zwischen elipsLife und den versicherten beziehungsweise anspruchsberechtigten Personen oder sonstigen Parteien.

1.2 Vertragsänderungen

Redaktionelle Änderungen, Präzisierungen	Redaktionelle Änderungen oder die Präzisierung einzelner Bestimmungen der AVB gelten nicht als Vertragsänderung.
--	--

1.3 Art und Form der Rückdeckung

Geltungsbereich	1 Die vertraglichen Vereinbarungen gelten für das im Rückdeckungsvertrag bezeichnete Geschäft.
Tragweite des Vertragsverhältnisses	2 Die Vorsorgeeinrichtung und elipsLife verpflichten sich, sämtliche Risiken, die im Rückdeckungsvertrag vereinbart sind, in Rückdeckung zu geben respektive gemäss Vertragsbedingungen zu übernehmen.
Veräusserung, Liquidation	3 Falls die Vorsorgeeinrichtung Versichertenbestände mit rückgedeckten Risiken an eine andere Vorsorgeeinrichtung (die Nachfolgerin) übertragen möchte, ist hierzu die schriftliche Zustimmung von elipsLife einzuholen. Mit der Zustimmung bestätigt elipsLife, dass die bestehende Rückdeckung aufrechterhalten bleibt und die vertraglichen Vereinbarun-

	gen auf die Nachfolgerin übertragen werden, welche dann als Vertragspartei gebunden ist.
Akquisition, Fusion	4 Sämtliche Versichertenbestände mit Leistungsverpflichtungen, die die Vorsorgeeinrichtung durch Akquisition, Fusion oder Portefeuille-Übertrag während der Dauer des Rückdeckungsvertrages erwirbt, fallen nicht unter diese vertragliche Vereinbarung.

1.4 Treu und Glauben, Versicherungsgeheimnis

Treu und Glauben	1 Beide Parteien verpflichten sich, gemäss Treu und Glauben zu handeln und sich an alle Obliegenheiten und Pflichten der vertraglichen Vereinbarungen zu halten.
Versicherungsgeheimnis	2 Die Mitglieder der Organe von elipsLife und ihre Mitarbeitenden sowie sonst für die Gesellschaft tätige Personen sind, sofern nicht Rechtsansprüche gegenüber elipsLife geltend gemacht werden oder gesetzliche Vorschriften davon entbinden, zur Geheimhaltung von nicht öffentlich bekannten Tatsachen verpflichtet, die ihnen aufgrund der Geschäftsverbindung mit der Vorsorgeeinrichtung anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Die Geheimhaltungspflicht ist zeitlich unbegrenzt.

1.5 Anwendbares Recht

Rechtsgrundlagen	<p>Dieser Vertrag unterliegt dem Liechtensteinischen Recht. Sofern vertragliche Regelungen nicht abschliessend sind, gelangen insbesondere die folgenden gesetzlichen Bestimmungen zur Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gesetz vom 16. Mai 2001 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VersVG)• Gesetz vom 20. Oktober 1987 über die betriebliche Personalvorsorge (BPVG)
------------------	---

2 Leistungen von elipsLife

2.1 Versicherungsumfang

Rückgedeckte Leistungen	1 Die versicherungsmässige Rückdeckung beruht auf den planmässigen Todesfall- und Invaliditätsleistungen gemäss Vorsorgereglement der Vorsorgeeinrichtung sowie deren versicherungstechnische Grundlagen. Im Rückdeckungsvertrag werden das massgebliche Vorsorgereglement, die versicherungstechnische Grundlage sowie der Umfang der Leistungen bezeichnet.
Rückgedecktes Risiko	2 Das dem Leistungsfall zu Grunde liegende Risiko realisiert sich während der Vertragsdauer, jedoch vor dem Zeitpunkt der Erreichung des ordentlichen reglementarischen Pensionierungsalters einer versicherten Person. Als Risiko gelten der Todesfall und eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit. Massgeblich ist eine Arbeitsunfähigkeit dann, wenn sie: <ul style="list-style-type: none">• In einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der späteren Invalidität, der späteren Erhöhung des Invaliditätsgrades oder dem späteren Todesfall steht oder <ul style="list-style-type: none">• Dazu führt, dass die versicherte Person nach Ablauf der reglementarisch definierten Wartefrist einen Anspruch auf die Befreiung von Sparbeiträgen hat.
Deckung Resterwerbsfähigkeit	3 Im Umfang einer im Zeitpunkt der Aufnahme in die Versicherung vorliegenden massgeblichen Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person entfällt die Leistungspflicht von elipsLife. 4 Versichert sind sämtliche Personen, die in einem aktiven Vorsorgeverhältnis mit der Vorsorgeeinrichtung stehen, bei der liechtensteinischen Alters- und Hinterlassenenversicherung versichert sind und keinen Anspruch auf eine volle Rente der liechtensteinischen IV haben.
Sonderfälle Versicherbare Personen	5 Liegen vor oder nach der im Rückdeckungsvertrag vereinbarten Vertragsdauer Rückdeckungsverhältnisse mit anderen Lebensversicherungsgesellschaften vor, so kann elipsLife mit diesen in Abgeltung ihrer Leistungspflicht vereinbaren, dass die Zuständigkeiten für die Leistungsabwicklung sowie die finanzielle Leistungserbringung für intertemporale Sachverhalte in Abweichung vorstehender Bestimmungen erfolgt. Als intertemporal gelten insbesondere Sachverhalte, bei welchen der Leistungsfall nach Vertragsauflösung, die massgebliche Arbeitsunfähigkeit jedoch vor Vertragsauflösung eintritt.

Risikosummen	6 Die Risikosumme wird für jeden Leistungsfall individuell ermittelt. Die Risikosumme für die Risiken Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität ist bestimmt durch die gemäss anwendbaren versicherungstechnischen Grundlagen bestimmte Schadensumme abzüglich eines allenfalls im Rückdeckungsvertrag vereinbarten Eigenbetrags der Vorsorgeeinrichtung. Diejenige für das Risiko Tod entspricht der Schadensumme abzüglich des vorhandenen Sparkapitals (Altersguthaben) respektive Deckungskapitals und abzüglich eines allenfalls im Rückdeckungsvertrag vereinbarten Eigenbetrags der Vorsorgeeinrichtung.
2.2 Auszahlung der Leistungen	
Renten-/Kapitalauszahlung	1 Die Invaliditätsleistungen werden monatlich als Renten geleistet. Die Todesfalleleistungen werden vorbehältlich einer anderslautenden Regelung im Rückdeckungsvertrag einmalig in Kapitalform ausbezahlt, wobei die Höhe des Kapitals nach Massgabe der im Rückdeckungsvertrag festgehaltenen versicherungstechnischen Grundlagen der Vorsorgeeinrichtung bestimmt wird. Sieht das Reglement der Vorsorgeeinrichtung die Kapitalauszahlung der Invaliditätsleistungen wegen Geringfügigkeit vor, so erfolgt die Auszahlung der Leistungen von elipsLife ebenfalls in Kapitalform.
Sparbeiträge	2 Die Leistungen für die Sparbeitragsbefreiung werden vierteljährlich ausbezahlt.
Rentenzahlungen bei einer Pandemie	3 elipsLife kann während einer Pandemie die Todesfalleleistungen vorübergehend als monatlich zahlbare Renten ausrichten. Den Entscheid, ob und ab wann eine Pandemie vorliegt, fällt elipsLife aufgrund der ihr vorliegenden Informationen der schweizerischen Aufsichtsbehörde und der Weltgesundheitsorganisation WHO.
Ende der Leistungspflicht für eine Invalidenrente	4 Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Die versicherte Person stirbt, das ordentliche reglementarische Pensionierungsalter erreicht oder im Umfang, wie sie die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt • Gemäss Vorsorgereglement die Rentenberechtigung eines Kindes wegfällt.
Ende der Leistungspflicht Todesfall	5 Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Die zum Bezug einer Partnerrente berechtigte Person stirbt • Gemäss Vorsorgereglement die Rentenberechtigung eines Kindes wegfällt. <p>Im Falle der Leistungserbringung in Kapitalform endet die Leistungspflicht von elipsLife mit der einmaligen Auszahlung. Vorbehalten bleiben Leistungspflichten der Vorsorgeeinrichtung, die sich im Rahmen der Leistungskoordination aufgrund massgeblich veränderter anrechenbarer Einkünfte oder massgeblich verändertem mutmasslich entgangenem Verdienst nachträglich, jedoch noch während der Vertragsdauer ergeben.</p>

Teuerungsanpassung

- 6 Die versicherten Leistungen können optional gegen reglementarisch festgelegte Teuerungsanpassungen versichert werden.

2.3 Einschränkung der Versicherungsleistungen

Koordination mit anderen Versicherungen

- 1 Kann die Vorsorgeeinrichtung die reglementarischen Leistungen aufgrund ihres Vorsorgereglements zur Verhinderung ungerechtfertigter Vorteile beim Zusammentreffen mehrerer Leistungen kürzen (Überentschädigung), so stützt sich die Leistung von elipsLife auf die reglementarischen Bestimmungen zur Leistungscoordination. Vorbehältlich anderslautender Regelungen im Rückdeckungsvertrag werden Leistungsverweigerungen oder Leistungskürzungen der Unfallversicherung oder ausländischer Sozialversicherungen nicht ausgeglichen.

Anzeigepflichtverletzung

- 2 elipsLife kann ihre Leistungen auf die gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BPVG einschränken, wenn die versicherte Person die gestellten Fragen über ihren Gesundheitszustand im Fragebogen „Gesundheitsklärung“ oder bei einer ärztlichen Untersuchung nicht wahrheitsgetreu beantwortet oder wenn die versicherte Person eine angeordnete ärztliche Untersuchung verweigert. Im Falle der nicht wahrheitsgetreuen Beantwortung wird die Einschränkung auf die obligatorischen Mindestleistungen der versicherten Person innerhalb von vier Wochen seit der sicheren Kenntnisnahme mitgeteilt. Sieht das Vorsorgereglement hierzu eine längere Frist vor, so gilt diese.

Mangelnde Kooperation

- 3 elipsLife kann ihre Leistungen insoweit reduzieren, als die Vorsorgeeinrichtung Leistungen infolge mangelnder Kooperation im Zusammenhang mit der Anspruchsbegründung durch die versicherte Person einschränkt.

Wiederaufnahme der Leistungen

- 4 Entfällt zu einem späteren Zeitpunkt der Verweigerungs- oder Kürzungsgrund, so erbringt elipsLife ihre vertraglichen Leistungen wieder ab dem Zeitpunkt des Wegfalles.

2.4 Ausschlüsse von Versicherungsleistungen

Kriegerische Handlungen

- 1 Schadenfälle als direkte oder indirekte Folge eines Krieges oder kriegsähnlicher Handlungen sind nicht versichert. Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss zu gelten haben, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt.

Dieser Ausschluss gilt auch dann, wenn eine versicherte Person an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teilnimmt, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen worden ist, oder wenn eine versicherte Person an einem Bürgerkrieg teilnimmt.

Aktiver Dienst in Friedenszeiten

- 1 Nicht als Ausschlussgrund gilt hingegen der aktive Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im

Innern, beides ohne kriegerische Handlungen. Dies gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist somit versichert.

- | | | |
|--|---|---|
| Verletzung der Meldepflicht | 2 | elipsLife kann Leistungen ganz oder teilweise ausschliessen für Fälle, die ihr durch die Vorsorgeeinrichtung in vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Weise nicht oder später als 3 Jahre nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit, eines Todesfalls oder anderer allenfalls leistungsbegründender Sachverhalte gemeldet worden sind. |
| Schuldhaftes Herbeiführen des versicherten Risikos | 3 | elipsLife erbringt die vollen versicherten Leistungen sowohl bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses wie auch bei Selbsttötung oder bei Todesfall als Folge eines Selbsttötungsversuchs. |
| Leistungsbegrenzung | 4 | Die Leistungspflicht von elipsLife ist in jedem Fall auf die reglementarisch geschuldeten Leistungen der Vorsorgeeinrichtung eingeschränkt. |

3 Tarif und Prämien

3.1 Tarif

Massgebender Tarif Die Prämien werden nach der kollektiven Methode berechnet. Der massgebende Tarif basiert auf anerkannten versicherungstechnischen Grundlagen.

3.2 Versicherungstechnische Grundlagen

Versicherungstechnische Grundlagen Die biometrischen Grundlagen des Tarifmodells von elipsLife sowie der technische Zinssatz für die Bestimmung der in Kapitalform abgegoltenen Hinterbliebenenrenten sind im Rückdeckungsvertrag festgelegt.

3.3 Bruttoprämie

- Bruttoprämie
- 1 Die jährliche Bruttoprämie setzt sich zusammen aus
 - der Risikoprämie
 - der Kostenprämie für die Verwaltung
 - der Brokerentschädigung als Vermittlungskosten, falls vorhanden.
- Bestandesgrundlagen
- 2 Massgebend für die Bruttoprämie sind die während des Versicherungsjahres versicherten Personen.

3.4 Prämiensatz

3.4 a Festlegung

Basis Der Prämiensatz wird auf Basis der bei der Berechnung gültigen Bemessungs- und Bestandesgrundlagen festgelegt.

3.4 b Überprüfung des Prämiensatzes

- Zeitpunkt der Überprüfung
- 1 Die Überprüfung und allfällige Anpassung des Prämiensatzes erfolgt
 - jährlich bei jährlich kündbaren Verträgen
 - nach Ablauf der Vertragsdauer bei mehrjährigen Verträgen
 - bei Änderungen der reglementarischen Leistungen
 - bei Änderungen des Versichertenbestandes, sofern dieser gegenüber dem Bestand, der dem anwendbaren Prämiensatz zugrunde liegt und im Rückdeckungsvertrag festgehalten ist, um mehr als 20% abweicht.

Basis der Überprüfung	2 Die Überprüfung basiert auf den Bemessungs- und Bestandesgrundlagen gemäss Artikel 3.3, die am 1. Januar des Versicherungsjahres gelten und erfolgt innerhalb von sechs Monaten nach dem oben genannten Zeitpunkt der Überprüfung.
Zeitpunkt der Anwendung des neuen Prämiensatzes	3 Der neue Prämiensatz gilt rückwirkend auf den 1. Januar des Versicherungsjahres. Ergibt sich hingegen ein höherer Prämiensatz infolge ausserordentlicher Änderungen des Versichertenbestandes oder Änderungen der reglementarischen Leistungen, so ist der neue Prämiensatz ab Datum der Änderung gültig.

3.5 Jährlich anwendbare Bruttoprämie

Bruttoprämie zu Beginn des Versicherungsjahres	1 Die Bruttoprämie ist bestimmt durch den Prämiensatz und die versicherte Lohnsumme zu Beginn des Versicherungsjahres.
Definitive Abrechnung des Versicherungsjahres	2 Die definitive Abrechnung der Bruttoprämie erfolgt am Ende des Versicherungsjahres aufgrund des zu Beginn des Jahres gültigen Prämiensatzes und der versicherten Lohnsumme während des Versicherungsjahres. Allfällige Differenzprämien werden in die Bruttoprämie des Folgejahres vorgetragen.
Akonto-Prämie	3 Können die Bestandesgrundlagen nicht bis zum 31. Januar des Versicherungsjahres zur Verfügung gestellt werden, so ist eine Akonto-Prämie in der Höhe der Bestandesgrundlagen des Vorjahres geschuldet.

3.6 Prämienzahlung

Fälligkeitstermin	Die mit Abschluss des Rückdeckungsvertrages geschuldete Bruttoprämie wird fällig am Tag, an dem die Rückdeckung in Kraft tritt und ist zahlbar innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit. Für Folgejahre wird die Bruttoprämie zu Jahresbeginn fällig und ist innerhalb von 30 Tagen zahlbar.
-------------------	--

3.6 a Zahlungsverzug

Mahnfrist	1 Wird die Bruttoprämie nicht binnen 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlt, so fordert elipsLife die Vorsorgeeinrichtung auf, innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, die Zahlungen zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht von elipsLife nach Ablauf der Mahnfrist.
Unkosten	2 Die Vorsorgeeinrichtung haftet für die Unkosten, die elipsLife durch den Zahlungsverzug entstehen. Der Verzugszins entspricht dem aktuellen BVG-Mindestzinssatz gemäss schweizerischem Vorsorgerecht zuzüglich zwei Prozentpunkte.

4 Informationspflichten

4.1 Informationsfluss

- | | |
|-----------------|---|
| Kontaktstelle | 1 Die Vorsorgeeinrichtung bezeichnet die Kontaktpersonen, die für Weitergabe von Informationen nach diesem Vertrag verantwortlich sind. |
| Vollständigkeit | 2 Darüber hinaus bestätigen die Parteien, dass alle Informationen und Daten zum Zeitpunkt ihrer Offenlegung wahr, vollständig, richtig und in keiner Weise (sei es durch Auslassung oder sonst wie) irreführend sind. Die Parteien haften für etwaige Schäden wegen fehlender, unzureichender oder irreführender Daten und Informationen. |

4.2 Information über Änderungen allgemeiner Art

- | | |
|-------------------------|--|
| Unterlagen | 1 Die Vorsorgeeinrichtung informiert elipsLife umgehend über alle Änderungen, die in irgendeiner Art und Weise Leistungen und Dienstleistungen aus dem Rückdeckungsvertrag betreffen können. Solche Änderungen können zum Beispiel sein: <ul style="list-style-type: none">• Reglementsänderungen• Akquisitionen, Fusionen, Veräusserungen und Liquidationen• Änderungen des Versichertenbestandes gemäss Artikel 3.4 b Abs. 1 |
| Periodische Information | 2 elipsLife informiert die Vorsorgeeinrichtung periodisch, mindestens einmal jährlich, über die Schadenentwicklung. |

5 Underwriting

5.1 Grundsätze des Underwriting

Begriff	1 Underwriting ist die summarische Beurteilung des Gesamtrisikos aufgrund von aktuellen und vergangenen Gegebenheiten wie Vorsorgepläne, Branchenzugehörigkeit beziehungsweise Branchenmix, Organisation und Struktur, Risikomanagement und Schadenerfahrung.
Zeitpunkt	2 Underwriting wird in den folgenden Fällen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> • bei Vertragsabschluss • bei Vertragsänderungen gemäss Artikel 3.4 b • bei ausserordentlichen Änderungen des Versichertenbestandes gemäss Artikel 3.4 b.

5.2 Information für das Underwriting bei Vertragsabschluss

Unterlagen	1 Im Rahmen des Underwriting stellt die Vorsorgeeinrichtung elipsLife die folgenden Informationen und Daten zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> • Bestand der versicherten Personen bei Beginn der Vertragsverhandlungen • bisherige Schadenerfahrung des versicherten Kollektivs • bisherige Rückdeckungsgesellschaft • versicherungstechnische Gutachten und Revisionsberichte • die reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung • die Angaben zur bisherigen Risikoprüfungs- und Schadenmanagementpraxis oder zur etwaigen Auslagerung dieser Funktionen sowie • die Bestellung der Kompetenzträger im Risikomanagement.
Offenlegung der Risiken	2 Die Vorsorgeeinrichtung bestätigt weiter, dass sie elipsLife gegenüber alle wesentlichen Informationen und Daten, die von elipsLife im Rahmen des Rückdeckungsvertrages übernommene Risiken betreffen, offen gelegt hat.

5.3 Einkauf von Rentnerbeständen

Einkauf von Rentnerbeständen	Der Einkauf von Rentnerbeständen setzt das explizite Einverständnis von elipsLife voraus. Die Höhe der notwendigen versicherungstechnischen Reserven wird durch elipsLife vorgegeben. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der rechnerischen Bestimmungsgrössen, wie sie elipsLife bei der Weitergabe von versicherungstechnischen Reserven für Rentnerbestände anwendet.
------------------------------	---

6 Einschätzung der Einzelrisiken

6.1 Einschätzverfahren	
Meldung an elipsLife	1 Die Vorsorgeeinrichtung meldet elipsLife alle versicherten Personen entsprechend den nachfolgenden Bestimmungen. Sie ist für das Einholen der entsprechenden Unterlagen besorgt und überwacht den Prozess. Die Weiterleitung aller Unterlagen an elipsLife erfolgt unter Einhaltung des Datenschutzes.
Definition Einschätzung der Einzelrisiken	2 Bei der Einschätzung der Einzelrisiken handelt es sich um die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person sowie um allfällige Massnahmen zur Risikominderung, insbesondere die Leistungskürzung im Sinne von Art. 8c BPVG. Die Einschätzung erfolgt in verschiedenen Zeitpunkten gemäss den nachfolgenden Bestimmungen.
Einschätzung bei Vertragsbeginn	3 Falls unmittelbar vor Vertragsbeginn die Todesfall- und Invaliditätsrisiken der Vorsorgeeinrichtung bei einer Lebensversicherungsgesellschaft versicherungsmässig kongruent rückgedeckt sind, kann elipsLife auf eine Einschätzung der Einzelrisiken verzichten. Liegt unmittelbar vor Vertragsbeginn keine derartige versicherungsmässige Rückdeckung vor, hat elipsLife das Recht eine Einschätzung der Einzelrisiken vorzunehmen. Ob im Zeitpunkt des Vertragsbeginns eine Einschätzung von Einzelrisiken erfolgt und welche Limiten dabei gelten, ist im Rückdeckungsvertrag geregelt.
Einschätzung nach Vertragsbeginn	4 Im Rückdeckungsvertrag ist geregelt, ob und in welchen Fällen nach Vertragsbeginn eine Einschätzung der Einzelrisiken erfolgt und welche Limiten dabei gelten.
Methoden	Die Einschätzung der Einzelrisiken erfolgt mithilfe der nachfolgenden standardisierten Einschätzverfahren und umfasst die folgenden Methoden: <ul style="list-style-type: none"> • Bestätigung der vollen Arbeitsfähigkeit • Fragebogen „Gesundheitserklärung“ • Ärztliche Untersuchung.
6.2 Ordentliche Durchführung	
Zuständigkeit	1 elipsLife schätzt alle Einzelrisiken ein, die gemäss Einschätzverfahren nach Artikel 6.1 von der Vorsorgeeinrichtung an elipsLife zu melden sind.
Entscheidungen	2 elipsLife entscheidet sowohl über Art und Umfang der Risikoprüfung als auch über etwaige Massnahmen zur Risikominderung (Medizinische Vorbehalte).

Delegation der Beurteilung	<p>3 elipsLife kann einen Teil der Einschätzung an die Vorsorgeeinrichtung delegieren. Die Vorsorgeeinrichtung meldet in diesen Fällen elipsLife nur diejenigen Personen, bei denen die abschliessende Risikobeurteilung nicht delegiert wurde.</p> <p>elipsLife ist berechtigt, binnen eines Zeitraums von 30 Tagen ab Datum der Ankündigung die ordnungsgemässe Durchführung der delegierten Einschätzung bei der Vorsorgeeinrichtung zu jeder angemessenen Zeit zu überprüfen.</p>
Beurteilungskosten	<p>4 Die Kosten für ärztliche Berichte und Untersuchungen gehen zulasten von elipsLife.</p>

6.3 Leistungskürzung aus gesundheitlichen Gründen

Definition Leistungskürzung	<p>1 Eine Leistungskürzung bezieht sich immer auf eine versicherte Person. Sie kommt zur Anwendung, indem das dem Leistungsfall zu Grunde liegende Risiko auf eine Ursache zurückzuführen ist, für die aufgrund eines Vorbehalts nicht die volle reglementarische Leistung erbracht wird.</p>
Entscheid	<p>2 Bringt elipsLife aufgrund der Beurteilung der Einzelrisiken einen medizinischen Leistungsvorbehalt an, so gelten die nachfolgenden Bestimmungen.</p>
Wirkung eines Vorbehalts	<p>3 Führen die im Vorbehalt aufgeführten Gesundheitsprobleme innerhalb der Vorbehaltsdauer zur Arbeitsunfähigkeit, zur Invalidität oder zum Tod der versicherten Person, so besteht kein Anspruch auf die überobligatorischen Todesfallleistungen und während der gesamten Invaliditätsdauer kein Anspruch auf die überobligatorischen Invaliditätsleistungen. Als überobligatorisch gilt die betragsmässige Differenz zwischen den reglementarisch definierten Leistungen und den gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BPVG.</p> <p>Ein Vorbehalt hat eine maximale Gültigkeitsdauer von zehn Jahren. Die Leistungskürzung der unter Vorbehalt stehenden überobligatorischen Leistungen beträgt maximal 50% und reduziert sich mit jedem abgelaufenen Versicherungsjahr um einen Zehntel, so dass nach zehn Jahren die vollen Leistungen versichert sind.</p> <p>Der Versicherungsschutz besteht immer ohne Vorbehalt für die gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BPVG. Die Vorsorgeeinrichtung informiert elipsLife im Einzelfall über die Höhe der gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BPVG.</p>
Bestehende Vorbehalte	<p>4 Durch die Vorsorgeeinrichtung oder die vorhergehende Vorsorgeeinrichtung eines Arbeitnehmers angebrachte Vorbehalte werden bis zum vorgesehenen Ablauf, höchstens jedoch bis zum Ablauf von insgesamt zehn Jahren übernommen.</p>

Information der Vorsorgeeinrichtung	5 elipsLife informiert die Vorsorgeeinrichtung über medizinische Vorbehalte.
--	--

6.4 Definitiver Versicherungsschutz

Definitive Deckung	elipsLife gewährt allen zu versichernden Personen die definitive Deckung, für die das Einschätzverfahren, eventuell zu besonderen Bedingungen, abgeschlossen ist.
--------------------	---

6.5 Provisorischer Versicherungsschutz

- | | |
|------------------|--|
| Voraussetzung | 1 Für versicherte Personen ohne definitive Deckung gewährt elipsLife einen provisorischen Versicherungsschutz. |
| Maximale Deckung | 2 Die Leistungen im Rahmen des provisorischen Versicherungsschutzes sind auf die gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BPVG beschränkt. |
| Dauer | 3 Der provisorische Versicherungsschutz dauert nicht länger als sechs Monate und endet spätestens mit Beginn der definitiven Deckung, eventuell zu besonderen Bedingungen. |

7 Leistungsmanagement

7.1 Begriff und Eintritt des Versicherungsfalls

Begriff	1 Als Versicherungsfall bzw. Leistungsfall wird die Verpflichtung der Vorsorgeeinrichtung verstanden, bei Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Tod einer versicherten Person eine reglementarische finanzielle Leistung zu erbringen.
Tod	2 Als Todesfall gilt der Tod infolge Krankheit oder Unfall, der ärztlich bzw. amtlich bescheinigt wurde oder das Vorliegen einer amtlich bestätigten Verschollenheitserklärung.
Invalidität	3 Als Eintritt des Versicherungsfalls Invalidität gilt der Zeitpunkt des Eintritts der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber der Anspruchsbeginn auf eine Rente der IV. Der Anspruch auf eine Invalidenrente wird um die reglementarisch bestimmte Wartefrist aufgeschoben. Ist eine versicherte Person teilinvalid, so wird die Höhe der Invaliditätsleistung unter Berücksichtigung der durch die Invalidität bedingten relativen Einkommenseinbusse gemäss Invalidenversicherungsgesetz (IVG) bestimmt.

7.2 Meldung eines Versicherungsfalls

Schadenmeldung	1 Die Vorsorgeeinrichtung meldet elipsLife sämtliche Schäden anhand des Schadenformulars inklusive den geforderten Beilagen unverzüglich, spätestens jedoch vier Wochen nachdem sie über den Schaden Kenntnis erhalten hat.
Früherkennung von Schäden	2 Soweit die Vorsorgeeinrichtung über die entsprechenden Angaben verfügt, informiert sie elipsLife auch über Ereignisse, die zu einem Schaden führen könnten. Solche Ereignisse sind unter anderem: <ul style="list-style-type: none"> • Wiederkehrende Absenzen von mehr als einer Woche Dauer • eine Absenz von mehr als einem Monat Dauer • Reorganisationen beim Arbeitgeber, die mit Stellenabbau oder Frühpensionierungen verbunden sind.
Änderungen bei den Leistungen	3 Die Vorsorgeeinrichtung meldet elipsLife sämtliche Vorkommnisse, die zum Wegfall oder einer Änderung von Invaliditätsleistungen führen. Insbesondere zählen dazu <ul style="list-style-type: none"> • eine Änderung des Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeits- oder Invaliditätsgrades • der Wegfall von Kinderrenten • eine etwaige Reaktivierung oder • der Tod der versicherten Person.

Ebenso zu melden ist, wenn eine versicherte Person, die Invaliditätsleistungen bezieht, eine medizinische Nachuntersuchung oder eine zumutbare Reintegration verweigert.

- Verjährung
- 4 Forderungen auf periodische Leistungen inklusive Prämienbefreiung, verjähren nach fünf Jahren. Die Verjährung beginnt für das Forderungsrecht mit dem Zeitpunkt, in dem die erste rückständige Leistung fällig war.

7.3 Schadenermittlung

- Entscheid
- 1 Über das Vorliegen und den Grad der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entscheidet elipsLife auf Grundlage der reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung. Sie berücksichtigt dabei die vorhandenen ärztlichen Berichte sowie Entscheide anderer Versicherer, insbesondere jene der IV. Wenn sie es als nötig und sinnvoll erachtet, kann elipsLife eigene Abklärungen vornehmen und eine vertrauensärztliche Untersuchung veranlassen.

- Information der Vorsorgeeinrichtung
- 2 Die Vorsorgeeinrichtung arbeitet im vollen Umfang mit elipsLife und jeder anderen durch elipsLife benannten Person in Bezug auf die umfassende Regulierung eines Schadens zusammen. Hierfür übermittelt die Vorsorgeeinrichtung elipsLife rechtzeitig alle ihr zu diesem Schaden zur Verfügung stehenden Informationen und Dokumente.

- Aufgaben
- 3 Zur Schadenermittlung bei Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Tod gehören unter anderem die folgenden Aufgaben:

Erheben der relevanten Daten und Unterlagen bei der versicherten Person, deren Arbeitgeber und/oder der Vorsorgeeinrichtung, unter anderem

- das Einholen und Studium von medizinischen Berichten von Ärzten, Spitälern und Therapeuten
- das Einholen und Studium von Akten der beteiligten Versicherungen und Sozialversicherungen
- das Abklären eventueller Regressansprüche
- die Kontaktaufnahme und Koordination mit weiteren involvierten Versicherungen.

- Ermächtigung
- 4 Damit elipsLife die Schadenermittlung sorgfältig und fachgerecht durchführen kann, ist sie von der Vorsorgeeinrichtung ermächtigt und beauftragt, direkt mit der versicherten Person, deren Arbeitgeber, den behandelnden Ärzten, mit Spitälern und sonstigen Therapeuten, der Krankenkasse, dem Taggeldversicherer, der Unfallversicherung, der IV, Institutionen der sozialen und beruflichen Integration und dem Rückversicherer Kontakt aufzunehmen.

Datenschutz	5 elipsLife berücksichtigt dabei die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz.
Schadenminderung	6 Weiter ist elipsLife berechtigt, Massnahmen zur Schadenminderung zu ergreifen. Dazu zählen sowohl <ul style="list-style-type: none">• medizinische und andere Vorkehrungen wie beispielsweise Case Management zur Wiedereingliederung der versicherten Person in den Erwerbsprozess als auch• rechtliche Schritte.

7.4 Schadenanerkennung

elipsLife prüft sowohl den Anspruch der versicherten Person gegenüber der Vorsorgeeinrichtung auf reglementarische Leistungen als auch die Übernahme dieser Leistungen oder eines Teils davon durch elipsLife. Ist die Leistungspflicht sowohl der Vorsorgeeinrichtung als auch von elipsLife gegeben, anerkennt elipsLife den Leistungsfall und teilt dies der Vorsorgeeinrichtung mit. Leistungsversprechen der Vorsorgeeinrichtung gegenüber einer versicherten Person, die ohne die Zustimmung von elipsLife erfolgen, sind für diese nicht bindend und begründen keinen Anspruch aus dem Rückdeckungsvertrag.

7.5 Abtretung von Ansprüchen gegenüber Dritten

Insoweit die Vorsorgeeinrichtung in Ansprüche der versicherten Person, ihrer Hinterlassenen und weiterer Begünstigter gegenüber einem Dritten eintritt, welcher für den Versicherungsfall haftet, tritt sie diese Ansprüche an elipsLife ab.

Die Vorsorgeeinrichtung verpflichtet sich, elipsLife in den entsprechenden Regressbemühungen zu unterstützen und alles zu unterlassen, was das Rückforderungsrecht von elipsLife schmälern könnte.

8 Kündigung des Vertrages

8.1 Allgemeine Bestimmungen

Kündigungsfrist	1 Der Rückdeckungsvertrag kann im Rahmen der vereinbarten Mindestvertragsdauer von jeder Partei auf Ende eines Kalenderjahres schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 90 Tagen gekündigt werden.												
Laufende Leistungsfälle	<p>2 Eine Kündigung des Rückdeckungsvertrags hat den Rückkauf der für laufende Rentenfälle notwendigen versicherungstechnischen Reserven durch die Vorsorgeeinrichtung zur Folge. Die Bestimmung der versicherungstechnischen Grundlagen beruht nach Massgabe des Drehtürprinzips auf folgenden Grundlagen:</p> <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Beginn der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit</th> <th style="text-align: left;">Grundlagen</th> <th style="text-align: left;">Zins</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>vor 01.01.2005</td> <td>GKM/F 95</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>01.01.2005 und später</td> <td>GKM/F 95</td> <td>2.5%</td> </tr> <tr> <td>01.01.2013 und später</td> <td>SVV0509</td> <td>2.5%</td> </tr> </tbody> </table>	Beginn der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit	Grundlagen	Zins	vor 01.01.2005	GKM/F 95	3.5%	01.01.2005 und später	GKM/F 95	2.5%	01.01.2013 und später	SVV0509	2.5%
Beginn der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit	Grundlagen	Zins											
vor 01.01.2005	GKM/F 95	3.5%											
01.01.2005 und später	GKM/F 95	2.5%											
01.01.2013 und später	SVV0509	2.5%											
Deckung nach Vertragsauflösung	3 Bei intertemporalen Sachverhalten bleibt die Leistungspflicht von elipsLife auch nach Vertragsauflösung bestehen. Keine Leistungspflicht besteht hingegen in Fällen, wo sich der Invaliditätsgrad nach dem Zeitpunkt der Vertragsauflösung erhöht.												
Prämie für das letzte Versicherungsjahr	4 Die definitive Abrechnung der Bruttoprämie des letzten Versicherungsjahres erfolgt gemäss Artikel 3.												
Kündigung aufgrund falscher Informationen	<p>5 Wenn die Vorsorgeeinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • beim Abschluss des Rückdeckungsvertrages eine erhebliche Gefahreratsache, die sie kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, oder • vor Abschluss des Rückdeckungsvertrages unrichtige oder unvollständige Angaben zum historischen Schadenverlauf machte, <p>so ist elipsLife berechtigt, binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Informationspflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen und ihren Aufwand der Vorsorgeeinrichtung in Rechnung zu stellen.</p>												

9 Meinungsverschiedenheiten

9.1 Allgemeine Bestimmungen

- | | |
|----------------|---|
| Schiedsgericht | <ol style="list-style-type: none">1 Die Parteien verpflichten sich, alle Meinungsverschiedenheiten aufgrund dieses Vertrages oder über dessen Gültigkeit, die nicht gütlich beigelegt werden können, einem Schiedsgericht zur endgültigen Entscheidung vorzulegen, sofern neunzig Tage nach dem ersten schriftlichen Ersuchen keine Einigung erzielt werden kann.2 Die Mitglieder des Schiedsgerichts müssen unparteiisch sein und über mindestens zehn Jahre Erfahrung aus dem Versicherungsgeschäft verfügen, in dem sie während dieser Zeit direkt oder als professionelle Berater tätig waren. |
| Verfahren | <ol style="list-style-type: none">3 Das Verfahren beginnt mit dem schriftlichen Antrag der einen Partei gegenüber der anderen Partei, das Schiedsgerichtsverfahren einzuleiten. Die Parteien können sich innerhalb von 30 Tagen nach Eingang des Antrags auf einen gemeinsamen Schiedsrichter einigen. Ansonsten ernennt die antragstellende Partei einen Schiedsrichter (erster Schiedsrichter) und teilt dies der anderen Partei schriftlich mit. Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Mitteilung benennt die andere Partei einen Schiedsrichter (zweiter Schiedsrichter) und teilt diesen der antragstellenden Partei schriftlich mit. Wird innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Ernennung des ersten Schiedsrichters, kein zweiter Schiedsrichter benannt, beantragt die antragstellende Partei die Ernennung eines zweiten Schiedsrichters bei der Handelskammer in Zürich (Schweiz).4 Der erste und der zweite Schiedsrichter ernennen den dritten Schiedsrichter. Dies erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach der Ernennung des zweiten Schiedsrichters. Wird innerhalb dieser Zeit keine Einigung erzielt, erfolgt diese Ernennung durch die oben genannten Institutionen. Der dritte Schiedsrichter führt den Vorsitz des Schiedsgerichts.5 Mit der Ernennung des dritten Schiedsrichters gilt das Schiedsgericht als konstituiert. Das Schiedsgericht entscheidet mit Stimmenmehrheit. Kommt eine Mehrheit der Stimmen nicht zustande, entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.6 Das oben genannten Verfahren gilt auch, wenn ersatzweise ein neuer Schiedsrichter zu bestimmen ist.7 Setzt das Schiedsgericht innerhalb von 15 Tagen ab der Ernennung des dritten Schiedsrichters keine andere Frist, legen die Parteien dem Schiedsgericht ihre Auffassung über die Streitsache innerhalb von 45 Tagen ab Ernennung des dritten Schiedsrichters dar. |

Anwendbares Recht	8 Das Schiedsgericht entscheidet unter Berufung auf die herrschende Versicherungspraxis und wendet das Schweizerische Recht an. Bei Unterschieden oder Widersprüchen zwischen der herrschenden Praxis und dem anwendbaren Recht, ist die herrschende Praxis ausschlaggebend, sofern dies rechtlich zulässig ist. Das Schiedsgericht kann alle verfahrensrechtlichen Regeln in Bezug auf die Durchführung des Verfahrens selbst bestimmen.
Mitteilung des Entscheids	9 Das Schiedsgericht teilt den Parteien seine Entscheidung, auch über die Kosten, innerhalb von 60 Tagen nach dem Urteilsspruch schriftlich begründet mit. Die Entscheidung ist endgültig und entfaltet für die Parteien Rechtswirkung. Befolgt eine Partei den Schiedsgerichtsentscheid nicht, erfolgt die Vollstreckung vor dem zuständigen Gericht.
Gerichtsstand	10 Der Sitz des Schiedsgerichts ist Zürich.

10 Anhang 1: Glossar

elipsLife	1 Elips Life AG ist eine Lebensversicherungsgesellschaft nach liechtensteinischem Recht in Form einer Aktiengesellschaft mit Rechtspersönlichkeit im Sinne des Personen- und Gesellschaftsrechts (PGR).
Vertragspartner	2 Vertragspartner von elipsLife sind in der Regel Vorsorgeeinrichtungen der betrieblichen Personalvorsorge. Einrichtungen, die nicht unter die Gesetzgebung der betrieblichen Personalvorsorge fallen und die dem kollektiven Schutz von Einzelpersonen dienen, können ebenfalls als Vertragspartner auftreten. In diesem Fall gelten die in diesen Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Vorsorgeeinrichtung statuierten Rechte und Pflichten für diese Einrichtungen.
Planmässige Leistungen	3 Als planmässig gelten Leistungen, auf die eine versicherte Person im Leistungsfall aufgrund von im Voraus festgelegten reglementarischen Bestimmungen einen persönlichen Rechtsanspruch hat.
IV	4 Invalidenversicherung (staatliche Vorsorge)
IV-Entscheid	5 Darunter fällt der Entscheid hinsichtlich Feststellung der Invalidität, der Invaliditätsgrad, der Beginn der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit sowie der Eintritt der Invalidität.
Intertemporale Sachverhalte	6 Fälle, bei welchen der Leistungsfall nach Vertragsauflösung, die massgebliche Arbeitsunfähigkeit jedoch vor Vertragsauflösung eingetreten ist.
Versicherter Personenkreis	7 Der versicherte Personenkreis der Vorsorgeeinrichtung wird aufgrund von objektiven Kriterien festgelegt. Es gilt die Zugehörigkeit zum Reglement der Vorsorgeeinrichtung
Anrechenbarer Lohn	8 Als anrechenbarer Lohn gelten die reglementarisch festgelegten, vertraglich zugesicherten Jahresbezüge einer versicherten Person.
Versicherter Lohn	9 Der versicherte Lohn ist der massgebende Lohn für die Bestimmung der reglementarischen Leistungen. Er leitet sich aus dem anrechenbaren Lohn ab und kann nicht grösser als dieser sein.
Arbeits-, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität	10 Für die Begriffe „Arbeitsunfähigkeit“, „Erwerbsunfähigkeit“ und „Invalidität“ gelten die Definitionen des Schweizerischen Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts („ATSG“).
Tarifalter	11 Das Tarifalter einer versicherten Person ist gleich der Differenz zwischen Versicherungsjahr und Geburtsjahr berechnet in Jahren und Monaten.