

Rückdeckung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2017-01

Inhalt

Rückdeckung Berufliche Vorsorge
Allgemeine Versicherungsbedingungen
(AVB) für die Schweiz

1.	Grundlagen der Versicherung	3
1.1.	Grundsätze	3
1.2.	Versicherungsträger	3
1.3.	Rechtsgrundlagen	3
1.4.	Versicherungsgeheimnis	3
1.5.	Anwendbares Recht	3
2.	Leistungen von elipsLife	3
2.1.	Versicherungsumfang	3
2.2.	Deckungsvoraussetzungen	4
2.3.	Auszahlungsform	4
2.4.	Invaliditätsleistungen in Kapitalform	4
2.5.	Ende der Leistungspflicht	5
2.6.	Einschränkung der Versicherungsleistungen	5
2.7.	Ausschlüsse von Versicherungsleistungen	5
3.	Tarif und Prämien	6
3.1.	Tarif	6
3.2.	Versicherungstechnische Grundlagen	6
3.3.	Bruttoprämie	6
3.4.	Prämiensatz	6
3.5.	Jährlich anwendbare Bruttoprämie	6
3.6.	Prämienzahlung	7
4.	Informations- und Meldepflichten	7
4.1.	Informationsfluss	7
4.2.	Information über Änderungen allgemeiner Art	7
4.3.	Meldepflichten	7
5.	Underwriting	7
5.1.	Grundsätze des Underwriting	7
5.2.	Information für das Underwriting bei Vertragsabschluss	7
5.3.	Einkauf von Rentnerbeständen	8
6.	Einschätzung der Einzelrisiken	8
6.1.	Einschätzverfahren im Rahmen der individuellen Gesundheitsprüfung	8
6.2.	Ordentliche Durchführung	8
6.3.	Medizinischer Vorbehalt	9
6.4.	Definitiver Versicherungsschutz	9
6.5.	Provisorischer Versicherungsschutz	9
6.6.	Anzeigepflichtverletzung	9
7.	Leistungsmanagement	9
7.1.	Begriff und Eintritt des Versicherungsfalls	9
7.2.	Meldung eines Versicherungsfalls	10
7.3.	Schadenermittlung	10
7.4.	Schadenanerkennung	11
7.5.	Abtretung von Ansprüchen gegenüber Dritten	11
8.	Kündigung des Vertrags	11
8.1.	Allgemeine Bestimmungen	11
8.2.	Versicherungsdeckung nach Vertragsauflösung	12
8.3.	Ausserordentliches Kündigungsrecht	12
9.	Meinungsverschiedenheiten	12
9.1.	Allgemeine Bestimmungen	12
10.	Anhang 1: Glossar	13

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundsätze

Zweck der versicherungsmässigen Rückdeckung ist die Durchführung von Massnahmen, mit denen die Vorsorgeeinrichtung (im Folgenden „Versicherungsnehmer“) gegen Risiken geschützt wird, die im Zusammenhang mit planmässig festgelegten Hinterlassenen- und Invaliditätsleistungen bestehen. Die vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (im Folgenden „AVB“) regeln die Rechte und Pflichten im Vertragsverhältnis zwischen elipsLife und dem Versicherungsnehmer. Sie bilden integrierender Bestandteil des Rückdeckungsvertrags.

1.2. Versicherungsträger

Träger der Versicherung ist die Elips Life AG, Triesen, Zweigniederlassung Schweiz in Zürich (im Folgenden „elipsLife“).

1.3. Rechtsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden die Offerte, der Vertrag sowie die AVB. Die vertraglichen Vereinbarungen regeln ausschliesslich das Verhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife. Daraus entstehen keine rechtlichen Beziehungen zwischen elipsLife und den versicherten beziehungsweise anspruchsberechtigten Personen oder sonstigen Parteien.

Sämtliche Versichertenbestände mit Leistungsverpflichtungen, die der Versicherungsnehmer während der Dauer des Rückdeckungsvertrags übernimmt, fallen nur mit Zustimmung von elipsLife unter die vertraglichen Vereinbarungen.

Der Versicherungsnehmer und elipsLife verpflichten sich, sämtliche Risiken, die im Rückdeckungsvertrag vereinbart sind, in Rückdeckung zu geben beziehungsweise gemäss Vertragsbedingungen zu übernehmen.

1.4. Versicherungsgeheimnis

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 dem Versicherungsnehmer anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Die Geheimhaltungspflicht ist zeitlich unbegrenzt.

1.5. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt dem Schweizer Recht. Sofern vertragliche Regelungen nicht abschliessend sind, gelangen insbesondere die folgenden gesetzlichen Bestimmungen inklusive den dazugehörigen Verordnungen zur Anwendung:

- a) Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)
- b) Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)
- c) Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht)

2. Leistungen von elipsLife

2.1. Versicherungsumfang

Die versicherungsmässige Rückdeckung beruht auf den planmässigen Hinterlassenen- und Invaliditätsleistungen gemäss Vorsorgereglement (im folgenden „Reglement“) des Versicherungsnehmers sowie, soweit anwendbar, dessen versicherungstechnischen Grundlagen. Im Rückdeckungsvertrag werden unter anderem folgende Merkmale festgehalten:

- Art und Umfang der Rückdeckung
- Das massgebliche Reglement und die versicherungstechnisch anwendbare Grundlage
- Ob und inwieweit Leistungen an die Teuerung angepasst werden
- Die Bezeichnung der versicherten Leistungen. Für eine im Reglement festgehaltene Leistung, die im Rückdeckungsvertrag nicht eigens bezeichnet ist, besteht keine Versicherungsdeckung.
- Ob und in welchem Umfang Altersguthaben Bestandteil der Finanzierung von Hinterlassenenleistungen ist. Als Hinterlassenenleistungen gelten neben Rentenleistungen auch einmalige Kapitalleistungen im Sinne eines zusätzlichen Todesfallkapitals, nicht aber die Rückgewähr von Altersguthaben.
- Die Wartefrist der bezeichneten Leistung, deren Form der Leistungserbringung sowie deren Deckungsumfang hinsichtlich Unfall als leistungsbegründende Ursache. Vorbehältlich einer

anderslautenden Bestimmung im Rückdeckungsvertrag ist eine Krankheit als leistungsbegründende Ursache in vollem Umfang gedeckt.

Die wertmässige Höhe einer bezeichneten Leistung ist im Rückdeckungsvertrag nicht explizit festgehalten, sie wird nach Massgabe des Reglements bestimmt.

2.2. Deckungsvoraussetzungen

Als Deckungsvoraussetzung gilt, dass sich das dem Leistungsfall zugrunde liegende Risiko zwischen dem Zeitpunkt des im Rückdeckungsvertrag bezeichneten Beginns der vertraglichen Rückdeckung und dem Zeitpunkt der Erreichung des ordentlichen reglementarischen Pensionierungsalters realisiert. Für infolge Dienstaustritts vorzeitig aus dem Vorsorgeverhältnis mit dem Versicherungsnehmer ausscheidende Versicherte bleibt die Versicherungsdeckung während längstens einem Monat erhalten. Als Risiko gelten der Todesfall und eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit. Massgeblich ist eine Arbeitsunfähigkeit dann, wenn sie:

- a) in einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der späteren Invalidität, der späteren Erhöhung des Invaliditätsgrades oder dem späteren Todesfall steht

oder

- b) dazu führt, dass die versicherte Person nach Ablauf der reglementarisch definierten Wartefrist einen Anspruch auf die Befreiung von Sparbeiträgen hat.

Im Umfang einer unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Versicherung vorliegenden massgeblichen Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person entfällt die Leistungspflicht von elipsLife. Vorbehalten bleiben allfällige Vorleistungspflichten der Vorsorgeeinrichtungen im Umfang der gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BVG sowie die Sonderbestimmungen im Sinne von Art. 23 lit. b und c BVG für Personen, die infolge eines Geburtsgebrechens invalid sind oder als Minderjährige invalid wurden und deshalb bei der Aufnahme in die Personalvorsorge mindestens 20%, aber weniger als 40% arbeitsunfähig waren.

Versichert sind sämtliche Personen, die in einem aktiven Vorsorgeverhältnis mit dem Versicherungsnehmer stehen, einen AHV-pflichtigen Lohn beziehen und weder einen Anspruch auf eine volle Rente der IV haben noch im Sinne von Art. 26a BVG provisorisch weiterversichert werden.

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, Reservenführung und Leistungsfinanzierung für laufende und pendente Leistungsfälle in Abweichung vorstehender Bestimmungen erfolgt. Darunter fallen insbesondere Sachverhalte, bei welchen der Leistungsfall nach Vertragsauflösung, die massgebliche Arbeitsunfähigkeit jedoch vor Vertragsauflösung eintritt.

Die Leistung von elipsLife reduziert sich im Umfang, wie im Rückdeckungsvertrag ein Eigenbehalt des Versicherungsnehmers festgelegt ist. In diesem Fall bestimmt sich die Leistung von elipsLife, indem der nach den versicherungstechnischen Grundlagen und dem technischen Zins des Versicherungsnehmers bestimmte Barwert einer Leistung um den Eigenbehalt reduziert wird. In Abhängigkeit von der im Rückdeckungsvertrag festgelegten Auszahlungsform erbringt elipsLife den reduzierten Barwert in einmaliger Kapitalform oder dessen rentenmässiger Gegenwert in periodischer Rentenform.

2.3. Auszahlungsform

Als Form der Leistungserbringung gilt die periodische Rentenleistung oder die einmalige Kapitalleistung. Im Rückdeckungsvertrag ist festgehalten, in welcher Form eine Leistung erbracht wird. Ist für eine Leistung, die der Versicherungsnehmer gemäss Vorsorgereglement in Rentenform zu erbringen hat, die Kapitalform vereinbart, bestimmt sich die Höhe des Kapitals nach Massgabe der im Rückdeckungsvertrag festgehaltenen Angaben zum technischen Zins und den versicherungstechnischen Grundlagen des Versicherungsnehmers.

Soweit im Rückdeckungsvertrag nichts anderes festgehalten ist, werden in Rentenform erbrachte Leistungen monatlich vorschüssig und Leistungen für die Sparbeitragsbefreiung vierteljährlich nachschüssig ausbezahlt.

Sieht das Reglement des Versicherungsnehmers die Kapitalauszahlung infolge Geringfügigkeit vor, so erfolgt die Auszahlung der Leistungen von elipsLife ebenfalls in Kapitalform.

2.4. Invaliditätsleistungen in Kapitalform

Im Falle von Invaliditätsleistungen, für die in vorstehendem Sinne die Kapitalform vereinbart ist, gelten folgende besondere Bestimmungen:

Der Kapitalisierung von Invalidenkinderrenten liegt das Endalter 18 zugrunde. Soweit ein Kind die reglementarischen Anforderungen für einen über dieses Alter hinausgehenden Anspruch erfüllt und der Rückdeckungsvertrag nicht aufgelöst ist, erbringt elipsLife die entsprechenden Kinderrenten in Rentenform.

Ändert sich der der Leistung zugrunde liegende Invaliditätsgrad innerhalb von 7 Jahren seit Beginn der Invalidität in einem vorsorgerechtlich leistungsbegründenden Umfang, so bestehen folgende Pflichten:

- Erhöhung des Invaliditätsgrades aufgrund derselben medizinischen Ursache, die zur bestehenden Invalidität geführt hat:
elipsLife hat die Pflicht, den der Rentenerhöhung entsprechenden kapitalisierten Rentenwert gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erbringen.
- Reduktion des Invaliditätsgrades:
Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den der Rentenreduktion entsprechenden kapitalisierten Rentenwert an elipsLife zurückzuerstatten.

2.5. Ende der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt, wenn:

- a) die versicherte Person stirbt, das ordentliche reglementarische Pensionierungsalter erreicht oder im Umfang, wie sie nach Massgabe des Reglements die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt, ohne dass sie im Sinne von Art. 26a BVG weiterversichert bleibt;
- b) gemäss Reglement die Rentenberechtigung eines Kindes wegfällt;
- c) die zum Bezug einer Partnerrente berechnete Person stirbt.

Im Falle der Kapitalabfindung endet die Leistungspflicht von elipsLife mit der einmaligen Auszahlung. Vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen zu Invaliditätsleistungen, für die die Kapitalform vereinbart ist.

2.6. Einschränkung der Versicherungsleistungen

Kann der Versicherungsnehmer die reglementarischen Leistungen aufgrund seines Reglements zur Verhinderung ungerechtfertigter Vorteile beim Zusammentreffen mehrerer Leistungen kürzen (Überentschädigung), so stützt sich die Leistung von elipsLife auf die reglementarischen Bestimmungen zur Leistungskoordination.

In Anlehnung an Art. 35 BVG und Art. 25 Abs. 2 BVV2 muss elipsLife im Rahmen der Überentschädigung Leistungen nicht ausgleichen, die durch die AHV/IV, die obligatorischen Unfallversicherung oder die Militärversicherung gekürzt, verweigert oder entzogen werden.

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

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

elipsLife kann während einer Pandemie Hinterlassenenleistungen, für die die Kapitalform vereinbart wurde, vorübergehend als monatlich zahlbare Renten ausrichten. Das Total der bezahlten Leistungen darf dabei die Hinterlassenenleistung in Kapitalform nicht übersteigen.

Den Entscheid, ob und ab wann eine Pandemie vorliegt, fällt elipsLife aufgrund der ihr vorliegenden Informationen der schweizerischen Aufsichtsbehörde und der Weltgesundheitsorganisation WHO.

2.7. Ausschlüsse von Versicherungsleistungen

elipsLife kann Leistungen ganz oder teilweise ausschliessen für Fälle, die ihr durch den Versicherungsnehmer in vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Weise nicht gemeldet werden. In jedem Fall ist elipsLife berechtigt Leistungen ganz oder teilweise auszuschliessen für Fälle, welche später als 3 Jahre nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit, eines Todesfalls oder anderer allenfalls leistungsbegründender Sachverhalte gemeldet worden sind.

Nicht versichert sind jegliche Leistungen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Verzinsung von Altersguthaben und Deckungskapitalien zu erbringen hat.

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.

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.

elipsLife erbringt die vollen versicherten Leistungen sowohl bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses wie auch bei Selbsttötung oder bei Todesfall als Folge eines Selbsttötungsversuchs.

Die Leistungspflicht von elipsLife ist in jedem Fall auf die reglementarisch geschuldeten Leistungen des Versicherungsnehmers eingeschränkt. Zudem liegt eine Leistungspflicht nur soweit vor, wie nicht eine andere Lebensversicherungsgesellschaft für den gleichen Leistungsfall zuständig ist.

3. Tarif und Prämien

3.1. Tarif

Die Prämien werden nach der kollektiven Methode berechnet. Der massgebende Tarif für den versicherten Personenkreis basiert auf anerkannten versicherungstechnischen Grundlagen.

3.2. Versicherungstechnische Grundlagen

Im Rückdeckungsvertrag sind die Tarifgrundlage von elipsLife sowie die Regelung zur Überschussbeteiligung festgelegt.

3.3. Bruttoprämie

Die jährliche Bruttoprämie setzt sich zusammen aus:

- a) der Risikoprämie
- b) der Kostenprämie für die Verwaltung
- c) der Brokerentschädigung als Vermittlungskosten, falls vorhanden.

Massgebend für die Bruttoprämie sind die während des Versicherungsjahres versicherten Personen nach Massgabe der ihnen zugeordneten versicherten Lohnsumme oder einer anderen, im Rückdeckungsvertrag festgehaltenen Bemessungsgrundlage.

3.4. Prämienatz

3.4.1. Festlegung

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

3.4.2. Überprüfung des Prämienatzes

Die Überprüfung und allfällige Anpassung des Prämienatzes erfolgt:

- a) jährlich bei jährlich kündbaren Verträgen
- b) nach Ablauf der festen Vertragsdauer bei mehrjährigen Verträgen und sodann jährlich
- c) bei Änderungen der reglementarischen Leistungen
- d) bei Änderungen des Versichertenbestandes, sofern dieser gegenüber dem Bestand, welcher dem anwendbaren Prämienatz zugrunde liegt und im Rückdeckungsvertrag festgehalten ist, um mehr als 20% abweicht.

In Bezug auf lit. c und lit.d besteht das Recht auf Überprüfung und Anpassung des Prämienatzes ab dem Zeitpunkt der Änderung.

Die Überprüfung basiert auf den Bemessungs- und Bestandesgrundlagen gemäss Artikel 3.3 dieser Bestimmungen, die am 01. Januar des Versicherungsjahres gelten und erfolgt innerhalb von sechs Monaten.

Der neue Prämienatz gilt rückwirkend auf den 01. Januar des Versicherungsjahres.

Ergibt sich hingegen ein höherer Prämienatz infolge ausserordentlicher Änderungen des Versichertenbestandes oder Änderungen der reglementarischen Leistungen, so ist der neue Prämienatz ab Datum der Änderung gültig.

3.5. Jährlich anwendbare Bruttoprämie

Als Bestimmungsgrössen für die jährlich anwendbare Bruttoprämie gelten der Prämienatz und die Bemessungsgrundlage. Die Bemessungsgrundlage kann als lohnmassige Grösse (z.B. versicherter Lohn) oder als leistungsmässige Grösse (z.B. Risikosumme) definiert sein. Beide Bestimmungsgrössen sind im Rückdeckungsvertrag bezeichnet.

Die Bemessungsgrundlage wird jeweils per 31. Januar eines Jahres durch den Versicherungsnehmer gemeldet und umfasst die Werte des vorausgegangenen Jahres. Sie dient als Grundlage für die Akontorechnung, die jeweils am 01. Dezember eines Jahres für das Folgejahr erstellt wird. Im Falle einer Vertragsauflösung wird eine Endabrechnung erstellt. Hierfür meldet der Versicherungsnehmer die Werte des vorausgegangenen Jahres bis spätestens 31. Januar des Jahres, das dem Jahr der Vertragsauflösung folgt.

3.6. Prämienzahlung und Zahlungsverzug

Die Bruttoprämie ist für jedes Versicherungsjahr zum Voraus an der im Versicherungsvertrag festgehaltenen Fälligkeit zahlbar.

Wird die Bruttoprämie nicht fristgerecht bezahlt, fordert elipsLife den Versicherungsnehmer auf, die ausstehende Bruttoprämie innert einer Frist von 14 Tagen zu begleichen. Wird die Bruttoprämie nicht innerhalb dieser Mahnfrist bezahlt, ruht die Leistungspflicht von elipsLife.

4. Informations- und Meldepflichten

4.1. Informationsfluss

Der Versicherungsnehmer bezeichnet die Kontaktpersonen, die für Weitergabe von Informationen nach diesem Vertrag verantwortlich sind.

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

Der Versicherungsnehmer 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:

- a) Reglementsänderungen
- b) Akquisitionen, Fusionen, Veräusserungen und Liquidationen
- c) Änderungen des Versichertenbestandes gemäss Artikel 3.4.2 dieser Bestimmungen

4.3. Meldepflichten

Die zur Durchführung der versicherungsmässigen Rückdeckung erforderlichen Meldepflichten sind in den Artikeln 3.5, 6.1 und 7.2 dieser Bestimmungen festgehalten. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, diese Meldepflichten gegenüber von elipsLife wahrzunehmen.

5. Underwriting

5.1. Grundsätze des Underwriting

Underwriting ist die summarische Beurteilung des Gesamtrisikos aufgrund von aktuellen und vergangenen Gegebenheiten wie Vorsorgepläne, Branchenzugehörigkeit, Organisation und Struktur, Risikomanagement und Schadenerfahrung.

Underwriting wird in den folgenden Fällen durchgeführt:

- a) bei Vertragsabschluss
- b) bei Vertragsänderungen gemäss Artikel 3.4.2 dieser Bestimmungen
- c) bei ausserordentlichen Änderungen des Versichertenbestandes gemäss Artikel 3.4.2 dieser Bestimmungen

5.2. Information für das Underwriting bei Vertragsabschluss

Im Rahmen des Underwriting stellt der Versicherungsnehmer elipsLife die folgenden Informationen und Daten zur Verfügung:

- a) Bestand der versicherten Personen bei Beginn der Vertragsverhandlungen
- b) bisherige Schadenerfahrung des zu versichernden Kollektivs
- c) bisherige Rückdeckungsgesellschaft
- d) versicherungstechnische Gutachten und Revisionsberichte
- e) die reglementarischen Bestimmungen des Versicherungsnehmers
- f) die Angaben zur bisherigen Risikoprüfungs- und Schadenmanagementpraxis oder zur etwaigen Auslagerung dieser Funktionen sowie
- g) die Bestellung der Kompetenzträger im Risikomanagement.

Der Versicherungsnehmer bestätigt, dass die in die Rückdeckung fallenden reglementarischen Leistungen den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

Der Versicherungsnehmer bestätigt weiter, dass er elipsLife gegenüber alle wesentlichen Informationen und Daten, die von elipsLife im Rahmen des Rückdeckungsvertrags übernommene Risiken betreffen, offen gelegt hat.

5.3. Einkauf von Rentnerbeständen

Der Einkauf beziehungsweise die Übernahme von laufenden Rentenfällen ist im Rückdeckungsvertrag geregelt. Die Regelung bezieht sich auf die Führung von versicherungstechnischen Reserven, die damit zusammenhängende Versicherung sowie die entsprechende Leistungspflicht. Die Führung von Rentnern in ihrer Eigenschaft als Destinatäre bleibt in der Verantwortung des Versicherungsnehmers.

Versicherungstechnische Reserven von Rentenfällen, die im Rückdeckungsvertrag nicht bezeichnet sind, werden nicht übernommen. Als Rentenfälle gelten Invalidenrenten und Hinterlassenenrenten. Die Höhe der notwendigen versicherungstechnischen Reserven wird nach Massgabe des unter Artikel 8.1 dieser Bestimmungen aufgeführten Drehtürtarifs bestimmt.

Vorbehalten bleiben im Rückdeckungsvertrag bezeichnete Rentenfälle, deren Übernahmewerte abweichend vom Drehtürtarif gemäss den versicherungstechnischen Grundlagen des übergebenden Versicherungs- oder Vorsorgeträgers festgelegt werden und sodann im Falle einer Vertragsauflösung nach denselben Grundlagen die Übergabewerte bestimmt werden.

6. Einschätzung der Einzelrisiken

6.1. Einschätzverfahren im Rahmen der individuellen Gesundheitsprüfung

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife alle versicherten Personen entsprechend den nachfolgenden Bestimmungen. Er ist für das Einholen der entsprechenden Unterlagen besorgt und überwacht den Prozess. Die Weiterleitung aller Unterlagen an elipsLife erfolgt unter Einhaltung des Datenschutzes.

Bei der Einschätzung der Einzelrisiken handelt es sich um die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person sowie um allfällige Massnahmen zur Risikominderung (medizinische Leistungsvorbehalte). Die Einschätzung wird im Rückdeckungsvertrag geregelt. Insbesondere werden darin die Bedingungen bezeichnet, welche im Rahmen der Aufnahmeregelung zu einer Einschätzung führen. Dabei kann zwischen dem Versichertenbestand vor Vertragsbeginn und dem Versichertenbestand nach Vertragsbeginn unterschieden werden. Im Rückdeckungsvertrag ist festgehalten, wenn auch individuelle Lohnerhöhungen dazu führen, dass die Bedingung für eine Einschätzung erfüllt ist. Als Lohnerhöhungen gelten Fälle, wo sich der versicherte Jahreslohn gegenüber dem Vorjahr um mindestens 20 Prozent oder um mindestens CHF 50'000 erhöht. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich die Fälle umgehend an elipsLife zu melden, bei denen die Voraussetzungen für eine Einschätzung erfüllt sind.

Hat der Versicherungsnehmer oder eine den Versicherungsnehmer versicherungsmässig rückdeckende Lebensversicherungsgesellschaft einen medizinischen Leistungsvorbehalt festgelegt, so wird dieser ab Vertragsbeginn in jedem Fall bis zum vorgesehenen Ablauf, höchstens jedoch bis zum Ablauf von insgesamt fünf Jahren übernommen.

Die Einschätzung der Einzelrisiken erfolgt mithilfe der nachfolgenden standardisierten Einschätzverfahren und umfasst die folgenden Methoden:

- a) Bestätigung der vollen Arbeitsfähigkeit
- b) Fragebogen „Gesundheitserklärung“
- c) Ärztliche Untersuchung

6.2. Ordentliche Durchführung

elipsLife schätzt alle Einzelrisiken ein, die gemäss Einschätzverfahren nach Artikel 6.1 dieser Bestimmungen vom Versicherungsnehmer an elipsLife zu melden sind.

elipsLife entscheidet sowohl über Art und Umfang der Risikoprüfung als auch über etwaige Massnahmen zur Risikominderung (medizinische Vorbehalte).

Soweit im Rückdeckungsvertrag vorgesehen, wird die Gesundheitsprüfung im Zusammenhang mit der Einschätzung an den Versicherungsnehmer delegiert. Der Versicherungsnehmer meldet in diesen Fällen elipsLife nur diejenigen Personen, bei denen die abschliessende Risikobeurteilung nicht delegiert wurde.

elipsLife ist berechtigt, die ordnungsgemässe Durchführung der delegierten Einschätzung beim Versicherungsnehmer jederzeit zu überprüfen.

Die Kosten für ärztliche Berichte und Untersuchungen gehen zulasten von elipsLife.

6.3. Medizinischer Vorbehalt

Aufgrund der Beurteilung der Einzelrisiken kann elipsLife einen medizinischen Vorbehalt während einer Dauer von längstens fünf Jahren anbringen.

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 Hinterlassenenleistungen und während der gesamten Invaliditätsdauer kein Anspruch auf die überobligatorischen Invaliditätsleistungen.

Der Versicherungsschutz besteht immer ohne Vorbehalt für die gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BVG sowie die mit der eingebrachten Freizügigkeitsleistung erworbenen Leistungen, soweit letztere im Rahmen eines unmittelbar vorausgegangenen Vorsorgeverhältnisses ohne Vorbehalt versichert waren. Der Versicherungsnehmer informiert elipsLife im Einzelfall über die Höhe der gesetzlichen Mindestleistungen gemäss BVG.

elipsLife informiert den Versicherungsnehmer über medizinische Vorbehalte. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Vorbehalt gegenüber der versicherten Person fristgerecht anzubringen.

6.4. Definitiver Versicherungsschutz

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

6.5. Provisorischer Versicherungsschutz

Für zu versichernde Personen, die gemäss Rückdeckungsvertrag im Rahmen der Aufnahmeregelung an elipsLife zu melden sind, gewährt elipsLife einen provisorischen Versicherungsschutz. Der provisorische Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Versicherungsfälle, die auf vorbestandene Krankheiten, Gebrechen oder Unfallfolgen zurückzuführen sind.

Die Leistungen im Rahmen des provisorischen Versicherungsschutzes sind auf insgesamt CHF 1'000'000 beschränkt (einmalige Kapitalleistung zuzüglich dem gemäss den versicherungstechnischen Grundlagen von elipsLife bestimmten Barwert wiederkehrender Rentenzahlungen aller Invaliditäts- und Hinterlassenenleistungen zusammen, abzüglich zur Finanzierung heranziehbarem Altersguthaben).

Der provisorische Versicherungsschutz beginnt mit dem Beginn des Vorsorgeverhältnisses der zu versichernden Person, sofern die Meldung an elipsLife innert 90 Tagen erfolgt. Erfolgt die Meldung nach Ablauf dieser Frist, so beginnt der provisorische Versicherungsschutz mit dem Eintreffen der Meldung bei elipsLife. Für Lohnerhöhungen gelten diese Bestimmungen sinngemäss.

Der provisorische Versicherungsschutz dauert nicht länger als vier Monate, nachdem elipsLife im Besitz sämtlicher zur Einschätzung notwendigen Unterlagen ist und endet mit Beginn der definitiven Deckung, eventuell zu besonderen Bedingungen. In Fällen, wo elipsLife nicht über sämtliche notwendigen Unterlagen verfügt, endet der provisorische Versicherungsschutz sechs Monate nach der Meldung mit der Folge, dass kein Versicherungsschutz besteht. Vorbehalten bleiben die Mindestleistungen gemäss BVG, soweit es sich beim Versicherungsnehmer um eine BVG-registrierte Einrichtung handelt.

6.6. Anzeigepflichtverletzung

elipsLife kann ihre Leistungen im Umfang sämtlicher überobligatorischer Leistungen einschränken, wenn die versicherte Person die gestellten Fragen über ihren Gesundheitszustand im Fragebogen „Gesundheitserklärung“ oder bei einer ärztlichen Untersuchung nicht vollständig oder nicht wahrheitsgetreu beantwortet oder wenn die versicherte Person eine angeordnete ärztliche Untersuchung verweigert. elipsLife stellt die entsprechende Kündigungserklärung dem Versicherungsnehmer zu. Die Kündigungserklärung erfolgt im Sinne von Art. 6 VVG innerhalb von 4 Wochen, seit elipsLife Kenntnis über die Anzeigepflichtverletzung hat. Sieht das Reglement des Versicherungsnehmers eine längere Frist als 4 Wochen vor, so gilt diese auch für das vorliegende Rückdeckungsverhältnis. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich sodann, den Vorsorgevertrag rechtzeitig zu kündigen. elipsLife kommt nicht für Folgen einer unterlassenen Kündigung auf.

7. Leistungsmanagement

7.1. Begriff und Eintritt des Versicherungsfalls

Als Versicherungsfall bzw. Leistungsfall wird die Verpflichtung des Versicherungsnehmers verstanden, bei Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Tod einer versicherten Person eine reglementarische finanzielle Leistung zu erbringen.

Als Todesfall gilt der Tod infolge Krankheit oder Unfall, der ärztlich bzw. amtlich bescheinigt wurde oder das Vorliegen einer amtlich bestätigten Verschollenheitserklärung.

Als Eintritt des Versicherungsfalles 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 ergibt sich die Höhe der Leistung unter Berücksichtigung der in Abhängigkeit des Invaliditätsgrades bestimmten reglementarischen Rentenstaffelung.

Die Leistungspflicht von elipsLife beginnt frühestens nach Ablauf der im Rückdeckungsvertrag festgehaltenen Wartefristen.

7.2. Meldung eines Versicherungsfalles

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife sämtliche Schäden anhand des Schadenformulars inklusive den geforderten Beilagen unverzüglich, spätestens jedoch vier Wochen nachdem er über den Schaden Kenntnis erhalten hat.

Soweit der Versicherungsnehmer über die entsprechenden Angaben verfügt, informiert er elipsLife auch über Ereignisse, die zu einem Schaden führen könnten. Solche Ereignisse sind unter anderem:

- a) wiederkehrende Absenzen von mehr als einer Woche Dauer
- b) eine Absenz von mehr als einem Monat Dauer
- c) Reorganisationen beim Arbeitgeber, die mit Stellenabbau oder Frühpensionierungen verbunden sind.

Der Versicherungsnehmer meldet elipsLife sämtliche Vorkommnisse, die zum Wegfall oder einer Änderung von Invaliditätsleistungen führen. Insbesondere zählen dazu:

- a) eine Änderung des Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeits- oder Invaliditätsgrades
- b) der Wegfall von Kinderrenten
- c) eine etwaige Reaktivierung oder
- d) der Tod der versicherten Person.

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

Forderungen auf periodische Leistungen inklusive Prämienbefreiung verjähren nach fünf Jahren, andere nach zehn Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit Fälligkeit der Forderung.

7.3. Schadenermittlung

Über das Vorliegen und den Grad der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entscheidet elipsLife. Sie berücksichtigt dabei die vorhandenen ärztlichen Berichte und Entscheide anderer Versicherer, insbesondere jene der IV. Bei offensichtlich unhaltbaren Entscheiden ist elipsLife nicht an die Invaliditätsbemessung der IV gebunden. Wenn sie es als nötig erachtet, kann elipsLife eigene Abklärungen vornehmen und eine vertrauensärztliche Untersuchung veranlassen.

Der Versicherungsnehmer arbeitet im vollen Umfang mit elipsLife und jeder anderen durch elipsLife benannten Person in Bezug auf die umfassende Regulierung eines Schadens zusammen. Hierfür übermittelt der Versicherungsnehmer elipsLife rechtzeitig alle ihm zu diesem Schaden zur Verfügung stehenden Informationen und Dokumente.

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 des Versicherungsnehmers, unter anderem:

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

Damit elipsLife die Schadenermittlung sorgfältig und fachgerecht durchführen kann, ist sie – vorbehaltlich anderslautender Vereinbarungen – vom Versicherungsnehmer ermächtigt und beauftragt, direkt mit der versicherten Person, deren Arbeitgeber, den behandelnden Ärzten, mit Spitälern und sonstigen Therapeuten, der Krankenkasse, dem Taggeldversicherer, der SUVA, der IV, Institutionen der sozialen und beruflichen Integration und dem Rückversicherer Kontakt aufzunehmen.

elipsLife berücksichtigt dabei die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz.

Weiter ist elipsLife berechtigt, Massnahmen zur Schadenminderung zu ergreifen. Dazu zählen sowohl:

- a) medizinische und andere Vorkehrungen wie beispielsweise Case Management zur Wiedereingliederung der versicherten Person in den Erwerbsprozess als auch

b) rechtliche Schritte.

7.4. Schadenanerkennung

elipsLife prüft sowohl den Anspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer auf reglementarische Leistungen als auch die Übernahme dieser Leistungen oder eines Teils davon durch elipsLife. Ist die Leistungspflicht sowohl des Versicherungsnehmers als auch von elipsLife gegeben, anerkennt elipsLife den Leistungsfall und teilt dies dem Versicherungsnehmer mit. Leistungsversprechen des Versicherungsnehmers 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 der Versicherungsnehmer in Ansprüche der versicherten Person, ihrer Hinterlassenen und weiterer Begünstigter nach Art. 20a BVG gegenüber einem Dritten eintritt, welcher für den Versicherungsfall haftet, tritt er diese Ansprüche an elipsLife ab. Dasselbe gilt für den Fall, dass der Versicherungsnehmer zu Vorleistungen im Sinne von Art. 26 Abs. 4 BVG verpflichtet ist, welche von elipsLife übernommen werden.

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

8. Kündigung des Vertrags

8.1. Allgemeine Bestimmungen

Der Rückdeckungsvertrag kann unter Beachtung der vereinbarten Mindestvertragsdauer im Rahmen der festgelegten Kündigungsfrist von jeder Partei auf Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Erfolgt auf den Zeitpunkt des Ablaufs der vereinbarten Mindestvertragsdauer keine Kündigung, erneuern sich die vertraglichen Vereinbarungen jeweils stillschweigend um die im Rückdeckungsvertrag festgehaltene Dauer.

Die Folgen einer Vertragsauflösung für die Versicherung von Bezüglern einer Rentenleistung sind im Rückdeckungsvertrag geregelt. Die Regelungen beziehen sich ausschliesslich auf die Führung von versicherungstechnischen Reserven. Die Führung von Rentnern in ihrer Eigenschaft als Destinatäre bleibt in der Verantwortung des Versicherungsnehmers.

Für Renten, die gemäss Rückdeckungsvertrag ausdrücklich bei elipsLife verbleiben gilt folgendes:

- Die Regelung bezieht sich ausschliesslich auf Fälle, deren zugrunde liegendes Risiko während der Dauer der versicherungsmässigen Rückdeckung eingetreten ist. Im Umfang wie die Reserven für diese Rentenfälle bei elipsLife verbleiben, bleibt auch die Versicherung sowie die entsprechende Leistungspflicht bestehen. Die Regelungen zur Verwendung von Altersguthaben für die Finanzierung von Hinterlassenenleistungen gelten auch für diesen Fall.
- Bei einer Liquidation des Versicherungsnehmers überträgt elipsLife die entsprechenden Reserven an einen nachfolgenden Vorsorgeträger. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, elipsLife über eine geplante Liquidation zu informieren und den nachfolgenden Vorsorgeträger zu bestimmen.

Für Rentenfälle, die gemäss Rückdeckungsvertrag nicht ausdrücklich bei elipsLife verbleiben, gilt, dass die entsprechenden Reserven an den Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls an die nachfolgende Lebensversicherungsgesellschaft übergeben werden. Dies gilt insbesondere für Rentenfälle, die elipsLife von einem Vorversicherer übernommen hat.

Die Höhe der Übergabewerte wird nach Massgabe des Drehtürtarifs entsprechend den folgenden technischen Grundlagen bestimmt:

Beginn der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit	Grundlagen	Technischer Zins
vor 01.01.2005	GIM/F 0610	3.5%
01.01.2005 und später	GIM/F 0610	2.5%
01.01.2018 und später	GIM/F 0610	2.0%

Vorbehalten bleiben die im Sinne von Artikel 5.3 dieser Bestimmungen nicht nach Drehtürtarif übernommenen Rentenfälle. Für diese Fälle gilt, dass die Übergabewerte gemäss den für die Berechnung der Übernahme verwendeten versicherungstechnischen Grundlagen bestimmt werden.

Die definitive Abrechnung der Bruttoprämie des letzten Versicherungsjahres erfolgt gemäss Artikel 3.5 dieser Bestimmungen.

8.2. Versicherungsdeckung nach Vertragsauflösung

In Fällen, wo eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit während der Vertragsdauer eingetreten ist, der spätere Leistungsfall (Tod, Invalidität oder Erhöhung des Invaliditätsgrades) jedoch nach Vertragsauflösung eintritt, bleibt die Leistungspflicht von elipsLife während maximal drei Jahren nach Vertragsauflösung bestehen. Vorbehalten bleibt Artikel 2.2 dieser Bestimmungen in Bezug auf Rückdeckungsverhältnisse, die der Versicherungsnehmer nach Vertragsauflösung mit anderen Lebensversicherungsgesellschaften eingeht. Die Bestimmungen gemäss Artikel 8.1 hinsichtlich den Folgen einer Vertragsauflösung für laufenden Rentenleistungen gelten auch in diesem Fall.

8.3. Ausserordentliches Kündigungsrecht

Wenn der Versicherungsnehmer:

- a) beim Abschluss des Rückdeckungsvertrags eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, oder
- b) vor Abschluss des Rückdeckungsvertrags unrichtige oder unvollständige Angaben zum historischen Schadenverlauf machte,

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 dem Versicherungsnehmer in Rechnung zu stellen.

9. Meinungsverschiedenheiten

9.1. Allgemeine Bestimmungen

Die Parteien verpflichten sich, alle Meinungsverschiedenheiten aufgrund dieses Vertrags 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.

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.

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).

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.

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.

Das oben genannte Verfahren gilt auch, wenn ersatzweise ein neuer Schiedsrichter zu bestimmen ist.

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.

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.

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.

Der Sitz des Schiedsgerichts ist Zürich.

10. Anhang 1: Glossar

elipsLife: Elips Life AG ist eine Lebensversicherungsgesellschaft nach liechtensteinischem Recht in Form einer Aktiengesellschaft mit Rechtspersönlichkeit im Sinne des Personen- und Gesellschaftsrechts (PGR).

Vertragspartner: Vertragspartner von elipsLife sind Vorsorgeeinrichtungen der 2. Säule.

IV: Invalidenversicherung (staatliche Vorsorge)

Versicherter Personenkreis: Der versicherte Personenkreis des Versicherungsnehmers wird aufgrund von objektiven Kriterien festgelegt. Es gilt die Zugehörigkeit zum Reglement der Versicherungsnehmers.

Anrechenbarer Lohn: Als anrechenbarer Lohn gelten die reglementarisch festgelegten, vertraglich zugesicherten Jahresbezüge einer versicherten Person.

Versicherter Lohn: 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: Für die Begriffe „Arbeitsunfähigkeit“, „Erwerbsunfähigkeit“ und „Invalidität“ gelten die Definitionen des Schweizerischen Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Tarifalter: Das Tarifalter einer versicherten Person ist gleich der Differenz zwischen Versicherungsjahr und Geburtsjahr berechnet in Jahren und Monaten.