Kundeninformation nach VVG

IncomeProtect-Versicherung
der AXA Versicherungen AG für Kunden 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, insbesondere dem VVG.

Wer ist der Versicherer?
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. Sie können Ihren Leistungsfall auch schnell und bequem über folgende Webseite online einreichen: www.clp.partners.axa/ch/schaden.

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. Zur Erfüllung des Kollektivversicherungsvertrages hat die Bank gewisse Dienst¬leistungen an die TONI Digital Insurance Solutions AG in Zürich (nachfolgend TONI) ausgelagert.

Wer sind die versicherten Personen?
Versicherte Personen sind Personen, welche die Aufnahmebedingungen gemäss den AVB erfüllen, der Bank zuhanden von AXA die unterzeichnete Beitrittserklärung (schriftliche oder digitale Zustimmung) eingereicht und von der Bank die Versicherungsbestätigung erhalten haben.

Welche Risiken sind versichert?
Versicherte Risiken sind vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Bei der Versicherung handelt es sich um eine Summenversicherung zur Absicherung Ihres Einkommens aus einem entlöhnten Arbeitsverhältnis.

Wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?
Bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit erhalten Sie eine monatliche Versicherungsleistung. Diese beträgt entweder CHF 1'000 oder CHF 1'800 pro Monat, je nachdem welchen Betrag Sie bei Abgabe der Beitrittserklärung ausgewählt haben. Die monatliche Versicherungsleistung zahlen wir ab dem 31. Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit für bis zu 12 Monate je Versicherungsfall.

Wie erfolgt die Leistungserbringung?
AXA erbringt sämtliche Versicherungsleistungen direkt an die versicherte Person.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz beginnt am Tag nach Ablauf der Karenzfristen. Diese betragen bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit 30 Tage und bei Arbeitslosigkeit 90 Tage.

Wie lange dauert und wann endet der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz ist jeweils für die Dauer eines Jahres abgeschlossen, mit stillschweigender Erneuerung um jeweils ein weiteres Jahr. 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:

- 60 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes;
- 60. Geburtstag der versicherten Person;
- Tag der ordentlichen Pensionierung oder vorzeitigen Pensionierung der versicherten Person;
- Tag, an dem der Versicherer 12-mal die monatliche Versicherungsleistung bei Arbeitslosigkeit oder 24-mal die monatliche Versicherungsleistung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt hat;
- Tag, an dem die versicherte Person ein entlöhntes Arbeitsverhältnis bei einem Arbeitgeber ausserhalb der Schweiz aufnimmt;
- Tag, an dem die versicherte Person ihren Wohnsitz nach ausserhalb der Schweiz verlegt;
- Tag der Beendigung des Versicherungsschutzes (gemäss Art. XI);
- Tag des Todes der versicherten Person.

Sie können den Versicherungsschutz insbesondere beenden (jeweils mittels Mitteilung an Cembra Money Bank AG, Bändliweg 20, 8048 Zürich zuhanden von AXA oder über das Kontaktformular auf der Webseite www.cembra.ch/de/versicherungen):
- innerhalb von 30 Tagen nach Versicherungsbeginn: jederzeit;
- nach den ersten 30 Tagen: unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Ende eines Versicherungsjahres;
- wenn AXA die Prämien oder Versicherungsbedingungen ändert; die 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 Mitteilung an Sie unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Ende eines Versicherungsjahres;
- wenn Sie mit der Bezahlung der Prämie gegenüber der Bank in Verzug sind und erfolglos gemahnt wurden.

Jede Mitteilung über die Beendigung des Versicherungsschutzes muss der anderen Partei schriftlich oder in anderer Textform (zum Beispiel per E-Mail) zugestellt werden.

Wie hoch ist die Prämie?
Die Höhe Ihrer Prämie ist in der Beitrittserklärung und der Versicherungsbestätigung aufgeführt. Sie schulden Ihre Prämie der Bank, welche Ihnen inkl. eidgenössischer Stempelabgabe durch ihren Dienstleister TONI mittels Einzahlungsscheins in Rechnung gestellt wird. Prämienänderungen während der Laufzeit der Versicherung bleiben vorbehalten.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?
- Sachverhaltsermittlung: Bei Abklärungen zur Versicherung – wie zum Beispiel betreffend Anzeigepflichtverletzungen, Gefahrerhöhungen, 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?
Informationen über die Verwendung der Daten sind unter: www.AXA.ch/datenschutz zu finden 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 und Arbeitslosigkeit

IncomeProtect-Versicherung

der AXA Versicherungen AG für Kunden 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:

1. Kunden der Bank sind, das heisst bei Abschluss des Versicherungsvertrages mindestens einen anderen Vertrag mit der Bank abgeschlossen haben (zum Beispiel Gehaltskonto, Sparkonto oder Kreditvertrag);
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 56 Jahre alt sind;
4. einer festen und bezahlten Beschäftigung in der Schweiz unter einem unbefristeten, ungekündigten Arbeitsvertrag nachgehen und seit mindestens 6 Monaten für mindestens 18 Stunden pro Woche bei demselben Arbeitgeber beschäftigt sind (im Folgenden **«im entlöhnten Arbeitsverhältnis»**);
5. ihren Wohnsitz in der Schweiz haben; und
6. keine Kenntnis von einer unmittelbar bevorstehenden Entlassung aus einem entlöhnten Arbeitsverhältnis haben.

Bei Abgabe der Beitrittserklärung zum Kollektivversicherungsvertrag wählt die versicherte Person die Höhe der «**monatlichen Versicherungsleistung**». Sie beträgt entweder CHF 1'000 oder CHF 1'800 pro Monat.

Der Versicherungsschutz kann für dieselbe Person zur gleichen Zeit nicht mehrfach abgeschlossen werden.

II. BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt:

- für die Deckung gemäss Art. IV (vollständige Arbeitsunfähigkeit): 30 Tage nach dem Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist **(«Karenzfrist»)**;
- für die Deckung gemäss Art. VI (Arbeitslosigkeit): 90 Tage nach dem Datum, welches auf der Versicherungsbestätigung aufgeführt ist **(«Karenzfrist»)**. Sollte die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag Kurzarbeit (Art. 10 Abs. 2bis AVIG) leisten, dauert die Karenzfrist bis die Kurzarbeit endet, mindestens aber 90 Tage.

III. ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Vorbehältlich der Beendigungsmöglichkeiten gemäss Art. XI wird der Versicherungsschutz jeweils für die Periode von einem Jahr gewährt und verlängert sich automatisch für ein weiteres Jahr bis zum Eintritt eines der folgenden Termine:

- 60 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes;
- 60. Geburtstag der versicherten Person;
- Tag der ordentlichen Pensionierung oder vorzeitigen Pensionierung der versicherten Person;
- Tag, an dem der Versicherer 12-mal die monatliche Versicherungsleistung bei Arbeitslosigkeit oder 24-mal die monatliche Versicherungsleistung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt hat;
- Tag, an dem die versicherte Person ein entlöhntes Arbeitsverhältnis bei einem Arbeitgeber ausserhalb der Schweiz aufnimmt;
- Tag, an dem die versicherte Person ihren Wohnsitz nach ausserhalb der Schweiz verlegt;
- Tag der Beendigung des Versicherungsschutzes (gemäss Art. XI);
- Tag des Todes der versicherten Person.

IV. LEISTUNGEN BEI VOLLSTÄNDIGER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

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 Versicherungsfalls in einem entlöhnten Arbeitsverhältnis stehen (wie unter Art. I definiert).
2. Die Leistung des Versicherers wird monatlich entrichtet. Sie entspricht dem Betrag, den die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag ausgewählt hat, entweder CHF 1'000 oder CHF 1'800 pro Monat.
3. Die Leistungen des Versicherers werden nach Ablauf einer Wartefrist von 30 aufeinanderfolgenden Tagen (ab Feststellung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit) während der gesamten Dauer der Arbeitsunfähigkeit erbracht, höchstens jedoch während 12 Monaten pro Schadenfall. Die in Art. III vereinbarten Beendigungstermine bleiben vorbehalten.
4. 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). Für die erste und die weitere Arbeitsunfähigkeit werden Leistungen während insgesamt max. 12 Monaten erbracht.
   - 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

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 Spielen, Rennen, Wetten oder Sportwettbewerben, sofern die versicherte Person sich beruflich an solchen Aktivitäten beteiligt;
  - jeder Art des Fliegens, ausser als zahlender Passagier eines gewerbsmässig durchgeführten Fluges in einem Passagierflugzeug;
  - von Luftsportarten im Zusammenhang mit Wettbewerben, Vorführungen, Akrobatik, Rekordversuchen, Flügen mit Prototypen, Testflügen, Sprüngen mit nicht homologierten Fallschirmen, Flügen mit Hängegleitern, Drachenfliegen, Parasailing, Gleitschirmfliegen;
  - von Schlägereien, an denen die versicherte Person aktiv teilnimmt, es sei denn, sie dienen der Selbstverteidigung, der Hilfeleistung für Personen in Gefahr oder der Erfüllung beruflicher Pflichten;
  - von Alkohol- oder Drogenmissbrauch;
  - der vorsätzlichen Begehung einer Straftat, die den Versicherungsfall verursacht;
  - direkter oder indirekter Auswirkungen einer Explosion, der Wärmefreisetzung oder der Strahlung durch die Transmutation des Atomkerns;
  - eines Bürgerkriegs oder eines ausländischen Krieges, eines Aufstands, eines Aufruhrs, eines Angriffs oder eines Terroranschlags, unabhängig davon, wo das Ereignis stattfindet und wer die Protagonisten sind, sofern die versicherte Person aktiv daran teilnimmt;

– von terroristischen Handlungen, die direkt oder indirekt durch radioaktives, chemisches, bakteriologisches oder virales Material begangen werden oder dieses verwenden;
– von Verletzungen oder Schäden, die bei Rennen mit einem Kraftfahrzeug, bei der Ausübung von Kampfsportarten oder beim Bergsteigen entstehen oder entstanden sind;
– von durch vorsätzliche Handlungen der versicherten Person eintretenden Unfall- oder Krankheitsfolgen.

- 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;
- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Nervenzusammenbruchs, eines chronischen Müdigkeitssyndroms, einer Fibromyalgie, einer psychiatrischen, neuropsychiatrischen oder psychologischen Erkrankung, es sei denn, diese Arbeitsunfähigkeit erfordert einen Krankenhausaufenthalt von mehr als 15 aufeinanderfolgenden Tagen;
- Arbeitsunfähigkeit infolge einer Verletzung der Bandscheibe oder einer Radikulopathie: Hexenschuss, Kreuzschmerzen, Ischias, Oberschenkelneuropathie, zervikobrachiale Neuralgie, Bandscheibenvorwölbung, Bandscheibenbruch, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Kokzydynie, es sei denn, diese Beeinträchtigung erfordert eine Operation während der Arbeitsunfähigkeit.

VI. LEISTUNGEN BEI ARBEITSLOSIGKEIT

1. **«Arbeitslosigkeit»** bedeutet den völligen und fortgesetzten Unterbruch der Arbeit als Folge einer Entlassung aus einem entlöhnten Arbeitsverhältnis, aufgrund welcher für die versicherte Person volle Taggeldleistungen aus einer gesetzlichen Arbeitslosenversicherung ausgerichtet werden.
2. Die Leistung des Versicherers wird monatlich entrichtet. Sie entspricht dem Betrag, den die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beitritts zum Kollektivversicherungsvertrag ausgewählt hat, entweder CHF 1'000 oder CHF 1'800 pro Monat.
3. Bezieht die versicherte Person bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und wird sie zusätzlich arbeitslos, werden weiterhin einzig die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (Art. IV.) ausgerichtet. Nach Ende der Arbeitsunfähigkeit kann, bei dannzumal gegebenen Voraussetzungen, ein Antrag auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit gestellt werden.
4. Die Leistungen des Versicherers werden nach Ablauf einer Wartefrist von 30 aufeinanderfolgenden Tagen der Arbeitslosigkeit während der gesamten Dauer der Arbeitslosigkeit erbracht, höchstens jedoch während 12 Monaten pro Schadenfall. Es gelten zudem die Beendigungstermine gemäss Art. III.
5. Eine weitere Arbeitslosigkeit führt 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 Arbeitslosigkeit wieder aufgenommen, wird die weitere Periode der Arbeitslosigkeit als Fortsetzung der ersten behandelt (keine erneute Wartefrist; keine Leistungserbringung während der Dauer der Wiederaufnahme). Für die erste und die weitere Arbeitslosigkeit werden Leistungen während insgesamt max. 12 Monaten erbracht.
   5.2 Liegen zwischen dem Ende der ersten und dem Beginn der weiteren Arbeitslosigkeit mehr als 6 Monate (erneute Beschäftigung im entlöhnten Arbeitsverhältnis), wird die weitere Periode der Arbeitslosigkeit als neuer Versicherungsfall mit neuer Wartefrist von 90 Tagen behandelt.
6. **Zwischenverdienst/Einstelltage**: Erzielt die versicherte Person während der Dauer der Arbeitslosigkeit einen Zwischenverdienst, so reduziert sich die Versicherungsleistung für den betreffenden Monat im gleichen Verhältnis, wie die Arbeitslosenkasse die für den betreffenden Monat fällige Arbeitslosenunterstützung aufgrund des Zwischenverdienstes reduziert hat. Nach demselben Prinzip reduziert sich die Versicherungsleistung, wenn die Arbeitslosenkasse Einstelltage gegen die versicherte Person verhängt hat.
7. Kurzarbeit (Art. 10 Abs. 2bis AVIG) gilt nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

VII. FÄLLE VON VERSICHERUNGSAUSSCHLUSS BEI ARBEITSLOSIGKEIT

Die Leistungen des Versicherers sind in folgenden Fällen ausgeschlossen**:**

- Entlassung (oder Kündigung der versicherten Person mitgeteilt) vor dem 90. Tag nach Versicherungsbeginn;
- Entlassung aus einer bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden Kurzarbeit;
- 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 bestehende Arbeitslosigkeit;
- Streik oder freiwillige Arbeitslosigkeit;
- Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrages oder eines spezifischen Arbeitsprojektes sowie Beendigung von saisonalen Beschäftigungen;
- 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;
- Entlassung, wenn der Arbeitgeber der Ehegatte oder ein Verwandter 1. Grades der versicherten Person war oder wenn die versicherte Person, deren Ehegatte oder ein Verwandter 1. Grades Alleineigentümer, Mehrheitsgesellschafter oder Vertretungsorgan des Arbeitgebers war;
- kündigt die versicherte Person ein entlöhntes Arbeitsverhältnis, um anschliessend ein neues entlöhntes Arbeitsverhältnis mit einem anderen Arbeitgeber aufzunehmen, so beginnt ab Beendigung des alten Arbeitsverhältnisses eine neue Karenzfrist von 90 Tagen zu laufen. Kündigt der neue Arbeitgeber das neue Arbeitsverhältnis innerhalb dieser Karenzfrist, besteht kein Versicherungsschutz.

VIII. 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 unten stehenden Adresse beziehen kann. Das ausgefüllte Formular muss anschliessend dem Versicherer zugesandt werden (vgl. Adresse am Ende dieses Art. VIII). Zur Prüfung einer Leistungspflicht kann der Versicherer alle Nachweise verlangen, die er für die jeweilige Anspruchsprüfung als notwendig erachtet (inklusive der 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

- Kopien des letzten Arbeitsvertrages und der letzten Lohnabrechnung;
- ärztliches Zeugnis oder Befund, das/der (a) über die Ursache und Eigenschaft der Krankheit beziehungsweise 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.

Dauert der Versicherungsfall länger einen Monat an, kann der Versicherer für jeden weiteren Monat, in dem die versicherte Person eine Leistung beansprucht, einen Nachweis über die Fortdauer des Versicherungsfalles (Folgebescheinigung) verlangen. Ärztliche Berichte oder Atteste müssen in allen Fällen von einem in der Schweiz 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 Zusam-menhang 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 und Ähnliches, die in den im Leistungsfall vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die anderweitig an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht, soweit dies zur Feststellung der Deckungsverpflichtung (inklusive Verifizierung der Aufnahmebedingungen) notwendig ist. Die versicherte Person entbindet hiermit zugleich auch amtliche Stellen, Arbeitgeber sowie andere Versicherer und Sozialversicherer (insbesondere die zuständige IV-Stelle oder Arbeitslosenkasse) gegenüber dem Versicherer, von der jeweils geltenden Schweige- und Geheimhaltungspflicht. Sie ermächtigt diese Stellen ausdrücklich zur Auskunftserteilung und den Versicherer zur Einsicht in die Entscheide und Akten anderer im selben Schadenfall involvierter Versicherer und Sozialversicherer (insbesondere die zuständige IV-Stelle oder Arbeitslosenkasse). Verlangt der Versicherer im Rahmen der Bearbeitung des Schadenfalles die Erteilung einer entsprechenden schriftlichen Ermächtigung und/oder Entbindung von der Schweigepflicht zur Klärung der Leistungspflicht im Schadenfall, so ist diese ohne Verzug zu erteilen.
Die oben erwähnten beziehungsweise zusätzlich eingeforderten Dokumente sind unverzüglich nach Eintritt eines Schadenfalles an folgende Adresse zu senden:

AXA Versicherungen AG
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur

Sie können Ihren Leistungsfall auch schnell und bequem über folgende Webseite online einreichen: www.clp.partners.axa/ch/schaden

IX. 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 Mitteilung an die Bank beenden.

X. 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 bei der versicherten Person einfordert.
2. Die versicherte Person kann bei Abgabe der Beitrittserklärung zum Kollektivversicherungsvertrag unter den angebotenen Zahlungsintervallen wählen, wann sie ihre Prämie an die Bank zahlt (z.B. vierteljährlich oder monatlich). Die erste Prämie ist am Datum des Versicherungsbeginns fällig; die Folgeprämien entsprechend dem gewählten Zahlungsintervall.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, ihre Prämie an die Bank auch während der Zeit zu bezahlen, während jener sie unter diesem Kollektivversicherungsvertrag Leistungen bezieht.

XI. BEENDIGUNG/ZAHLUNGSVERZUG

1. Die versicherte Person kann die Versicherung beenden, indem sie dies der Bank zuhanden des Versicherers innerhalb von 30 Tagen nach Versicherungsbeginn mitteilt. In diesem Falle wird der Versicherungsschutz ohne Kostenfolgen aufgelöst und die von der versicherten Person bereits an die Bank geleistete Prämie voll zurückerstattet.
2. Die versicherte Person ist berechtigt, den vorliegenden Versicherungsschutz auf das Ende eines Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von 30 Tagen zu kündigen. Die Kündigung hat schriftlich per Post oder per E-Mail an die Bank zuhanden des Versicherers zu erfolgen. Im Falle einer solchen Beendigung wird die Versicherungsdeckung per betreffendes Ende des Versicherungsjahres ablaufen.
3. Der Versicherer und die Bank behalten sich das Recht vor, den Versicherungsschutz unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen per Ende eines Versicherungsjahrs zu beenden (Zustellung gem. Art. IX.1 letztem Satz).
4. Wird die von der versicherten Person geschuldete Prämie nicht rechtzeitig zum Fälligkeitsdatum gemäss Art. X.2 bezahlt, ist die Bank berechtigt, die versicherte Person unter Androhung der Säumnisfolgen auf Kosten der versicherten Person schriftlich oder in anderer Textform (zum Beispiel per E-Mail) 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.
5. Jede Mitteilung über die Beendigung des Versicherungsschutzes muss der anderen Partei schriftlich oder in anderer Textform (zum Beispiel per E-Mail) zugestellt werden.

XII. LEISTUNGSERBRINGUNG

Der Versicherer zahlt die Versicherungsleistungen direkt an die versicherte Person.

XIII. DATENSCHUTZ

Informationen über die Verwendung der Daten sind unter: www.AXA.ch/datenschutz zu finden. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die versicherte Person hat das Recht, bei AXA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

XIV. RECHTSWAHL

Ansprüche der versicherten Person unter dem Kollektivversicherungsvertrag unterstehen schweizerischem Recht.

XV. GERICHTSSTAND

Als Gerichtsstand steht der versicherten Person wahlweise zur Verfügung: Winterthur als Sitz des Versicherers oder der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person.

Information à la clientèle en vertu de la LCA

Assurance IncomeProtect d'AXA Assurances SA pour la clientèle de Cembra Money Bank SA

Les informations à la clientèle suivantes fournissent, sous une forme claire et concise, une vue d'ensemble de l'identité de l'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance (article 3 de la Loi fédérale sur le Contrat d'assurance–LCA). Les droits et obligations de la personne assurée résultent des Conditions Générales d'Assurance (CGA), de la déclaration d'adhésion, de l'attestation d'assurance et de la législation applicable, plus particulièrement la Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Qui est l'assureur?
L'assureur est AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthour, ci-après dénommé «AXA».

Par quel biais se font le traitement des prestations et la correspondance?
Veuillez toujours contacter AXA AssurancesSA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthour (téléphone 0848 000 398, fax 0848 000 425) pour toutes les affaires concernant votre couverture d'assurance. Vous pouvez également soumettre votre cas d'assurance en ligne, de manière rapide et pratique, sur le site web suivant: https://www.clpnet.com/customer/homechf.

Qui est le preneur d'assurance?
Le preneur d'assurance et débiteur de la prime est Cembra Money Bank SA («la Banque»). La Banque a conclu un contrat d'assurance collectif avec AXA en faveur des personnes assurées. En vue de l'exécution du contrat d'assurance collective, la Banque a délégué certains services à la société TONI Digital Insurance Solutions AG à Zurich (ci-après «TONI»).

Qui sont les personnes assurées?
Les personnes assurées sont les personnes qui remplissent les conditions d'adhésion, telles que stipulées dans les Conditions Générales d'Assurance, qui ont transmis leur déclaration d'adhésion (physique ou numérique) dûment signée à la Banque à l'attention d'AXA, et qui ont reçu de la Banque une attestation d'assurance.

Quels sont les risques assurés?
Les risques assurés sont l'incapacité totale de travail et le chômage. Il s'agit d'une assurance de somme destinée à couvrir votre revenu provenant d'un rapport de travail rémunéré.

Quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?
En cas d'incapacité totale de travail ou de chômage, vous recevez une prestation d'assurance mensuelle. Celle-ci s'élève soit à CHF 1'000 soit à CHF 1'800 par mois, selon le montant que vous avez choisi dans votre déclaration d'adhésion. Nous versons la prestation d'assurance mensuelle à partir du 31e jour d'incapacité totale de travail ou de chômage, jusqu'à douze mois par cas d'assurance.

Comment les prestations sont-elles fournies?
AXA verse toutes les prestations d'assurance directement à la personne assurée.

À quel moment la couverture d'assurance démarre-t-elle?
La couverture d'assurance commence le jour suivant l'expiration des délais de carence. Ceux-ci sont de 30 jours en cas d'incapacité totale de travail et de 90 jours en cas de chômage.

Combien de temps la couverture d'assurance dure-t-elle et quand prend-elle fin?
La couverture d'assurance est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle chaque année de manière tacite pour une année supplémentaire. Le contrat d'assurance prévoit différents motifs/possibilités de résiliation stipulés dans les CGA, qui se résument comme suit:
La couverture d'assurance prend notamment fin en cas de survenance d'un des événements suivants aux dates désignées pour chaque cas:

- 60 mois après le début de la couverture d'assurance;
- 60e anniversaire de la personne assurée;
- date de départ à la retraite ordinaire ou anticipée de la personne assurée;
- date à laquelle l'assureur a versé 12 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas de chômage ou 24 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas d'incapacité totale de travail;
- date à laquelle la personne assurée conclut un contrat de travail rémunéré auprès d'un employeur se trouvant hors de Suisse;
- date à laquelle la personne assurée transfère son domicile hors de Suisse;
- date de fin de la couverture d'assurance (en vertu de l'article XI);
- date de décès de la personne assurée.

Vous pouvez notamment mettre fin à la couverture d'assurance (par courrier adressé à Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurich, à l'attention d'AXA, ou par le biais du formulaire de contact sur le site www.cembra.ch/fr assurances):
- dans un délai de 30 jours à compter du début de l'assurance: à tout moment;
- après expiration des 30 premiers jours: en respectant un délai d'au moins 30 jours avant la fin d'une année d'assurance;
- si AXA modifie les primes ou les conditions d'assurance; dans ce cas, la notification doit parvenir à la Banque avant le jour à partir duquel, selon la notification d'AXA, la modification prendrait effet pour vous.

AXA et la Banque peuvent notamment mettre fin à la couverture d'assurance:
- au moyen d'une notification qui vous est adressée en respectant un délai d'au moins 30 jours avant la fin d'une année d'assurance;
- si vous êtes en retard vis-à-vis de la Banque pour le paiement de la prime et qu'une mise en demeure est restée vaine.

Toute notification de la fin de la couverture d'assurance doit être envoyée à l'autre partie par écrit ou sous une autre forme écrite (par exemple par e-mail).

Quel est le montant de la prime?
Le montant de votre prime est mentionné dans la déclaration d'adhésion et l'attestation d'assurance. Vous êtes redevable à la Banque de la prime, qui vous est facturée (droit de timbre fédéral inclus) par son prestataire TONI au moyen d'un bulletin de versement. Nous nous réservons le droit de modifier le montant de la prime pendant la durée de validité de l'assurance.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?
- Détermination des faits: Vous êtes tenu de coopérer et de transmettre à AXA tous les renseignements et documents utiles en cas d'investigations relatives à l'assurance – concernant par exemple les infractions aux obligations de déclaration, les accroissements de risques, les vérifications de prestations etc. Vous êtes également tenu de donner procuration par écrit à des tiers afin qu'ils puissent transmettre à AXA les informations et documents utiles etc. AXA est en droit de procéder à ses propres investigations.
- Cas d'assurance: L'événement assuré doit être signalé immédiatement à AXA.

Comment la compagnie AXA traite-t-elle vos données?
Vous trouverez des informations sur l'utilisation de vos données sur: www.axa.ch/fr/informations/protection-donnees.html. Par ailleurs, vos données peuvent, en cas de sinistre, être transmises à la Banque, y compris la correspondance associée. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. En votre qualité de personne assurée, vous êtes admis à exiger qu'AXA vous fournisse les renseignements prévus par la loi et liés au traitement des données vous concernant.

Conditions générales d'assurance (CGA)

Pour la couverture d'assurance en cas d'incapacité totale de travail ou de chômage

Assurance IncomeProtect

d'AXA Assurances SA pour la clientèle de Cembra Money Bank SA

Les présentes conditions générales d'assurance **(«CGA»)** régissent les détails de votre couverture d'assurance. L'assureur est AXA **Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthour (ci-après «l'assureur»** ou **«AXA»)**.

L'origine de votre couverture d'assurance est un contrat d'assurance collectif («CAC») conclu entre Cembra Money Bank SA («la Banque») et l'assureur. La Banque est le preneur d'assurance et débiteur des primes dues en vertu du CAC. Ayant adhéré au CAC, vous êtes dénommé ci-après «personne assurée». Les droits à l'assurance de la personne assurée se dirigent exclusivement envers l'assureur. Aucune revendication ne peut être soulevée à l'encontre de la Banque dans le cadre d'un cas d'assurance.

Veuillez lire attentivement les présentes CGA d'assurance et les conserver en lieu sûr. Les bases de votre couverture d'assurance individuelle sont les suivantes:

- les dispositions contenues dans les présentes CGA;
- les renseignements et indications fournis dans l'attestation d'assurance établie par la Banque au nom de l'assureur;
- les dispositions contenues dans votre déclaration d'adhésion.

Les dispositions de la Loi fédérale sur le Contrat d'assurance (LCA) ainsi que du Code suisse des obligations (CO) s'appliquent en complément de cela.

I. CONDITIONS D'ADHÉSION ET DÉFINITIONS

La couverture d'assurance est exclusivement octroyée aux personnes qui, au moment de leur adhésion au CAC:

1. sont clientes de la Banque, c'est-à-dire qu'elles ont conclu au moins un autre contrat avec la Banque au moment de la conclusion du contrat d'assurance (par exemple un compte de salaire, un compte d'épargne ou un contrat de crédit);
2. ont demandé l'adhésion au CAC et se sont déclarées disposées à verser les primes mensuelles répercutées par la Banque;
3. sont âgées d'au moins 18 ans et de moins de 56 ans;
4. exercent une activité fixe et rémunérée en Suisse dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée non résilié et sont salariés depuis au moins 6 mois pour au moins 18 heures par semaine par le même employeur (ci-après **«sous contrat de travail rémunéré»**);
5. sont domiciliées en Suisse; et
6. n'ont connaissance d'aucune dénonciation éminente du contrat de travail rémunéré.

Lors de la remise de la déclaration d'adhésion au CAC, la personne assurée choisit le montant de la «**prestation d'assurance mensuelle**». Elle s'élève soit à CHF 1'000, soit à CHF 1'800 par mois.

La couverture d'assurance ne peut pas être souscrite plusieurs fois pour la même personne au même moment.

II. DÉBUT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance débute:

- pour la couverture selon l'article IV (incapacité totale de travail): 30 jours après la date mentionnée sur la confirmation d'assurance **(«délai de carence»)**;
- pour la couverture selon l'article VI (chômage): 90 jours après la date mentionnée sur la confirmation d'assurance **(«délai de carence»)**. Si la personne assurée est au chômage partiel (article 10.2bis LACI) au moment de l'adhésion au CAC, le délai de carence dure jusqu'à la fin du chômage partiel, mais au moins 90 jours.

III. FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La couverture d'assurance est octroyée pour une période d'un an sous réserve des possibilités de mise à terme prévues à l'article XI. La période se prolonge automatiquement d'une autre année jusqu'à la survenance de l'une des dates suivantes:

- 60 mois après le début de la couverture d'assurance;
- 60e anniversaire de la personne assurée;
- date de départ à la retraite ordinaire ou anticipée de la personne assurée;
- date à laquelle l'assureur a versé 12 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas de chômage ou 24 fois la prestation mensuelle d'assurance en cas d'incapacité totale de travail;
- date à laquelle la personne assurée conclut un contrat de travail rémunéré auprès d'un employeur se trouvant hors de Suisse;
- date à laquelle la personne assurée transfère son domicile hors de Suisse;
- date de fin de la couverture d'assurance (en vertu de l'article XI);
- date de décès de la personne assurée.

IV. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

1. On entend par «incapacité totale de travail» (également désignée ci-après par «incapacité de travail» pour une meilleure lisibilité) toute interruption momentanée de l'occupation rémunérée suite à une incapacité totale (100%) de la personne assurée (conséquence d'une maladie ou d'un accident) à exercer l'activité ou l'emploi d'origine. Cette incapacité doit être confirmée par un rapport médical. L'assureur peut exiger de la personne assurée qu'elle se fasse examiner par un médecin indépendant désigné par l'assureur. Par ailleurs, la personne assurée doit, au moment de la survenance du cas d'assurance, exercer une activité professionnelle salariée (telle que définie à l'article I).
2. La prestation de l'assureur est versée mensuellement. Elle correspond au montant choisi par la personne assurée au moment de son adhésion au CAC (CHF 1'000 ou CHF 1'800 par mois).
3. Les prestations de l'assureur sont fournies pendant toute la durée de l'incapacité de travail après expiration d'un délai de carence de 30 jours consécutifs (à compter de la constatation de l'incapacité intégrale de travail), pour une durée maximale de 12 mois par cas de sinistre. Les dates de mise à terme convenues à l'article III restent réservées.
4. Une incapacité de travail additionnelle entraîne uniquement un droit à assurance en vertu des dispositions suivantes, et ce, quelle que soit l'origine de l'incapacité:
   - 5.1 Si la personne assurée a repris son activité rémunérée dans un délai de 6 mois avant la survenance de la nouvelle incapacité de travail, la nouvelle période d'incapacité de travail sera traitée comme une poursuite de la première incapacité de travail (pas de nouveau délai de carence; pas de fourniture de prestation pendant la durée de la reprise). Des prestations seront fournies pendant une période maximale totale de 12 mois pour la première incapacité de travail et la suivante.
   - 5.2 S'il s'écoule plus de 6 mois entre la première incapacité de travail et le début de l'incapacité de travail suivante (reprise de l'emploi sous contrat de travail rémunéré), la période d'incapacité de travail suivante sera traitée comme un nouveau cas d'assurance, avec un nouveau délai de carence.

V. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN SITUATION D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

Les prestations de l'assureur sont exclues dans les cas suivants:

- Incapacité de travail suite à:
  - une incapacité de travail ou de gain déjà existante ou de maux déjà existants (en particulier maladies ou accidents), qui étaient déjà connus ou auraient dû être connus de la personne assurée au moment de son adhésion au CAC;
  - de tentatives de suicide ou deblessures corporelles intentionnelles, de consommation de drogues ou de médicaments n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale;
  - la fourniture de services militaires ou similaires;
  - des jeux, courses, paris ou compétitions sportives, dans la mesure où la personne assurée participe à titre professionnel à de telles activités;
  - tout type de vol aérien, sauf en tant que passager payant d'un vol commercial à bord d'un avion de ligne;
  - des sports aériens liés à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, vols avec des prototypes, vols d'essai, sauts avec des parachutes non homologués, vols en deltaplane, en parasailing ou en parapente;
  - une rixe dans laquelle la personne assurée était activement impliquée, sauf si elle avait pour but de se défendre, d'aider des personnes en danger ou de remplir des obligations professionnelles;
  - l'abus d'alcool ou de drogues;
  - la commission intentionnelle d'un délit à l'origine du sinistre;
  - des effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur ou d'un rayonnement dû à la transmutation du noyau de l'atome;
  - une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une attaque ou un attentat terroriste, quel que soit le lieu de l'événement et quels qu'en soient les protagonistes, si que la personne assurée y a participé activement;
  - des actes de terrorisme commis directement ou indirectement au moyen de matériel radioactif, chimique, bactériologique ou viral, ou utilisant ce matériel;
  - des blessures ou dommages survenus ou subis lors de courses en véhicule à moteur, de la pratique d'arts martiaux ou de l'escalade de montagne;

– un accident ou une maladie survenue en raison d'actes intentionnels de la personne assurée.

- Incapacité partielle de travail: il y a incapacité partielle de travail si la personne assurée ne peut plus exercer son activité ou emploi dans la même mesure que jusqu'alors, mais qu'elle peut encore l'exercer de manière restreinte (à temps partiel);
- Interruption de travail liée au congé maternel légal;
- Incapacité de travail résultant d'une dépression nerveuse, d'un syndrome de fatigue chronique, d'une fibromyalgie, d'une maladie psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychologique, sauf si cette incapacité de travail nécessite une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs;
- Incapacité de travail suite à une lésion du disque intervertébral ou à une radiculopathie: lumbago, lombalgie, sciatique, neuropathie fémorale, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccydynie, à moins que cette atteinte ne nécessite une intervention chirurgicale pendant l'incapacité de travail.

VI. PRESTATIONS EN CAS DE CHÔMAGE

1. On entend par **«chômage»** l'interruption intégrale et durable du travail suite à un licenciement dans le cadre d'une activité salariée, licenciement sur la base duquel des prestations journalières provenant d'une assurance chômage légale sont versées à la personne assurée.
2. La prestation de l'assureur est versée mensuellement; elle correspond au montant choisi par la personne assurée au moment de son adhésion au CAC (soit CHF 1'000, soit CHF 1'800 par mois).
3. Si la personne assurée touche déjà des prestations d'assurance en raison d'une incapacité de travail et si, par ailleurs, elle se retrouve au chômage, seules les prestations pour incapacité de travail continueront à être versées (article IV). À la fin de l'incapacité de travail, il est possible, si les conditions sont remplies, de faire une demande de prestation d'assurance pour raison de chômage.
4. Les prestations de l'assureur sont fournies après expiration d'un délai de carence de 30 jours consécutifs de chômage pendant toute la durée du chômage, la durée étant cependant limitée à 12 mois par cas d'assurance. Par ailleurs, les dates de mise à terme prévues à l'article III s'appliquent.
5. Un nouveau cas de chômage entraîne uniquement un droit à l'assurance en vertu des dispositions suivantes:
   5.1 Si la personne assurée a repris son activité rémunérée dans un délai de 6 mois avant d'être à nouveau au chômage, la nouvelle période de chômage sera traitée comme prolongeant la première période (pas de nouveau délai de carence; pas de prestations pendant la durée de la reprise). Les prestations sont fournies pendant une durée totale maximale de 12 mois pour la première période de chômage ainsi que pour la suivante.
   5.2 Si plus de 6 mois s'écoulent entre la fin de la première période de chômage et le début de la suivante (nouvelle activité sous contrat de travail rémunéré), la période de chômage suivante est traitée comme un nouveau cas d'assurance avec un nouveau délai de carence de 90 jours.
6. **Revenu intermédiaire / journées de suspension**: Si la personne assurée touche un revenu intermédiaire pendant la durée du chômage, la prestation d'assurance diminue pour le mois concerné dans la même proportion que celle de la réduction de l'allocation chômage à laquelle procède la caisse de chômage pour le mois concerné en raison du revenu intermédiaire. La prestation d'assurance diminue selon le même principe si la caisse de chômage a prononcé des journées de suspension à l'encontre de la personne assurée.
7. La réduction de l'horaire de travail (article 10.2bis LACI) n'est pas considérée comme chômage au sens des présentes conditions d'assurance.

VII. CAS D'EXCLUSION DE L'ASSURANCE EN CAS DE CHÔMAGE

Les prestations de l'assureur sont exclues dans les cas suivants:

- licenciement (ou communication du licenciement de la personne assurée) avant expiration de 90 jours à compter du début de l'assurance;
- licenciement d'une personne étant en chômage partiel au moment de la prise d'effet de la couverture d'assurance;
- chômage non indemnisé par l'assurance-chômage, ou chômage partiel;
- licenciement déjà prononcé au moment de l'adhésion de la personne assurée au CAC, ou chômage déjà en vigueur;
- grève ou chômage volontaire;
- fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un projet de travail spécifique, ainsi que fin d'un emploi saisonnier;
- résiliation communiquée à la personne assurée au cours d'une période d'essai, d'apprentissage ou de formation. Cela ne s'applique en cas de période d'essai directement consécutive à un cas d'assurance;
- licenciement suite à une infraction intentionnelle à des obligations importantes stipulées dans le contrat de travail;
- licenciement pour motif important en vertu de l'article 337 CO;
- licenciement si l'employeur était le conjoint ou un parent au 1er degré de la personne assurée ou si la personne assurée, son conjoint ou un parent au 1er degré était l'unique propriétaire, l'actionnaire majoritaire ou le représentant de l'employeur;
- si la personne assurée résilie un contrat de travail rémunéré pour occuper ensuite un nouvel emploi rémunéré auprès d'un autre employeur, un nouveau délai de carence de 90 jours débute à compter de la fin de l'ancien contrat de travail. Il n'y a pas de couverture d'assurance si le nouvel employeur résilie le nouveau contrat de travail au cours du délai de carence.

VIII. PRÉTENTION AUX PRESTATIONS

Afin de faire valoir des droits à des prestations d'assurance, la personne assurée doit utiliser les formulaires de déclaration de sinistre prévus à cet effet disponible auprès de l'assureur à l'adresse indiquée ci-dessous. Le formulaire dûment rempli doit ensuite être envoyé à l'assureur (voir adresse à la fin du présent article VIII). Afin de vérifier son obligation de prestation, l'assureur peut exiger tous les justificatifs qu'il considère nécessaires afin de pouvoir examiner les droits concernés (y compris l'autorisation de consulter le dossier afin de vérifier si la personne assurée remplissait les conditions d'inscription au moment de son adhésion à l'assurance). Il s'agit notamment:

En cas d'incapacité intégrale de travail

- copies du dernier contrat de travail et du dernier bulletin de salaire;
- certificat ou constat médical qui (a) renseigne sur les causes et caractéristiques de la maladie ou lésion corporelle ainsi que sur le pronostic correspondant et (b) détermine la durée présumée de l'incapacité de travail;
- en cas d'accident: une copie du rapport de police (le cas échéant);
- déclaration d'absence du lieu de travail suite à la maladie ou l'accident (délivrée par l'employeur).

En cas de chômage

- copies du dernier contrat de travail et du dernier bulletin de salaire;
- copie de la lettre de licenciement;
- copie de l'inscription et de la demande d'indemnisation chômage auprès d'une caisse de chômage;
- copies des décomptes mensuels de prestations versées par la caisse de chômage.

Si le cas d'assurance dure plus d'un mois, l'assureur peut exiger une preuve de la continuation du cas d'assurance (attestation de suivi) pour chaque mois supplémentaire au cours duquel la personne assurée demande une prestation. Les rapports médicaux et attestations médicales doivent dans tous les cas être délivrés par un médecin établi en Suisse. Tous les documents doivent être fournis dans une des langues nationales de la Suisse. Les coûts liés aux justificatifs mentionnés ci-dessus sont assumés par la personne assurée. Par ailleurs, l'assureur peut, à ses propres frais, se procurer ou demander d'autres justificatifs et exiger d'autres examens médicaux qui lui semblent indispensables pour décider du droit à la prestation. Dans ce contexte, l'assureur est en droit de contacter directement les médecins. Par la présente, la personne assurée dégage les médecins traitants ainsi que tous les autres collaborateurs d'institutions, d'autorités et autres instances mentionnées dans les documents produits pour le cas d'assurance ou impliqués en quoi que ce soit dans le traitement médical de leur obligation de secret médical/professionnel, dans la mesure nécessaire à la constatation de l'obligation de couverture (y compris la vérification des conditions d'inscription). Par la présente, la personne assurée dégage également les services officiels, les employeurs ainsi que les autres assureurs et assureurs sociaux (notamment l'office de l'AI ou la caisse de chômage compétents) de leur obligation de secret ou de confidentialité en vigueur, à l'égard de l'assureur. Elle autorise expressément ces services à fournir des renseignements et l'assureur à consulter les décisions et dossiers d'autres assureurs et assureurs sociaux impliqués dans le même sinistre (notamment l'office de l'AI ou la caisse de chômage compétents). Si, dans le cadre du traitement du sinistre, l'assureur exige une autorisation écrite correspondante et/ou la levée du secret professionnel pour clarifier l'obligation de prestation en cas de sinistre, cette autorisation doit être accordée sans délai.
Les documents évoqués ci-dessus ou demandés en sus doivent être envoyés à l'adresse suivante dès la survenance d'un cas d'assurance:

AXA Assurances SA
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthour

Vous pouvez également soumettre votre cas d'assurance en ligne, de manière rapide et pratique, via le site web suivant:
www.clpnet.com/customer/homechf

IX. MODIFICATIONS DES PRIMES OU DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE / AVIS D'INFORMATION

1. L'assureur peut exiger à tout moment une modification des primes et/ou CGA et ce, aussi bien pour les risques déjà existants que pour les nouveaux risques. L'assureur informe par écrit les personnes assurées des modifications au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les avis d'information sont considérés comme ayant fait l'objet d'une notification valide à compter du moment où elles ont été envoyées à la dernière adresse de correspondance connue de l'assureur ou de la Banque.
2. Si la personne assurée n'est pas d'accord avec les modifications, elle peut mettre fin à la couverture d'assurance en informant la Banque et en respectant un délai de 30 jours avant la fin du mois.

X. PRIME

1. En sa qualité de preneur d'assurance et de débitrice des primes à l'encontre de l'assureur, la Banque répercute les primes dues sur la personne assurée. La personne assurée est redevable de sa prime à la Banque, qui la réclame à la personne assurée.
2. Lors de la remise de la déclaration d'adhésion au CAC, la personne assurée peut choisir, parmi les intervalles de paiement proposés, la date à laquelle elle paiera sa prime à la Banque (par exemple trimestriellement ou mensuellement). La première prime est due à la date d'entrée en vigueur de l'assurance; les primes suivantes sont dues en fonction de l'intervalle de paiement choisi.
3. La personne assurée est tenue de payer sa prime à la Banque, y compris pendant la période où elle perçoit des prestations en vertu du présent CAC.

XI. FIN / RETARD DE PAIEMENT

1. La personne assurée peut mettre fin à l'assurance par communication à la Banque, à l'attention de l'assureur, et ce, dans un délai de 30 jours à compter du début de l'assurance. Dans ce cas, la couverture d'assurance est résiliée sans frais et les primes déjà versées à la Banque par la personne assurée lui seront intégralement remboursées.
2. La personne assurée est en droit de résilier la présente couverture d'assurance avec effet à la fin d'une année d'assurance, moyennant un préavis de 30 jours. La résiliation doit être envoyée par courrier ou par e-mail à la Banque à l'attention de l'assureur. En cas d'une telle résiliation, la couverture d'assurance expire à la fin de l'année d'assurance concernée.
3. L'assureur et la Banque se réservent le droit de mettre fin à la couverture d'assurance à la fin d'une année d'assurance moyennant un prévis d'au moins 30 jours (notification conformément à l'article IX.1, dernière phrase).
4. Si la prime due par la personne assurée n'est pas versée dans les délais à la date d'échéance prévue à l'article X.2, la Banque est en droit d'exiger par écrit ou sous toute autre forme écrite (par exemple par e-mail) de la personne assurée, en l'informant des suites du retard, de procéder au paiement sous de 14 jours suivant l'envoi de la mise en demeure. Si la prime n'est pas versée dans les délais malgré un tel rappel, l'obligation de prestation de l'assureur est suspendue après expiration des 14 jours mentionnés.
5. Toute notification de la fin de la couverture d'assurance doit être envoyée à l'autre partie par courrier ou sous une autre forme écrite (par exemple par e-mail).

XII. FOURNITURE DES PRESTATIONS

L'assureur verse les prestations d'assurance directement à la personne assurée.

XIII. PROTECTION DES DONNÉES

Vous trouverez des informations sur l'utilisation de vos données sur: www.AXA.ch/protection-donnees. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. La personne assurée est en droit d'exiger qu'AXA lui transmette les informations prévues par la loi sur le traitement des données la concernant.

XIV. DROIT APPLICABLE

Les droits de la personne assurée prévus par le contrat d'assurance collectif sont soumis à la législation suisse.

XV. FOR JURIDIQUE

Pour le lieu de juridiction compétente, la personne assurée a le choix entre: Winterthour (siège de l'assureur) ou lieu de domicile suisse de la personne assurée.

Informazione clienti in base alla LCA

Assicurazione IncomeProtect
della AXA Assicurazioni SA per i clienti della Cembra Money Bank SA

Le seguenti informazioni per la clientela forniscono una visione di insieme in forma breve sull'identità dell'assicuratore e il contenuto essenziale del contratto d'assicurazione (Art. 3 della Legge Federale sul contratto d'assicurazione, LCA). I diritti e gli oneri della persona assicurata risultano dalle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA), dalla dichiarazione d'adesione, dalla conferma d'assicurazione nonché delle leggi applicabili, soprattutto la LCA.

Chi è l'assicuratore?
L'assicuratore è la AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, di seguito denominata «AXA».

Chi si occupa dell'elaborazione delle prestazioni e della corrispondenza?
Per tutte le questioni relative alla copertura assicurativa, si prega di rivolgersi sempre alla AXA Assicurazioni SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, tel. 0848 000 398, fax 0848 000 425. È inoltre possibile segnalare un evento assicurato in modo rapido e comodo anche online tramite il seguente sito web: www.clp.partners.axa/ch/sinistri.

Chi è il soggetto contraente?
Contraente e debitrice del premio è la Cembra Money Bank SA («Banca»). La Banca ha stipulato con la AXA un contratto d'assicurazione collettivo a favore delle persone assicurate. Per l'adempimento del contratto d'assicurazione collettivo, la Banca ha esternalizzato alcuni servizi alla TONI Digital Insurance Solutions AG di Zurigo (di seguito «TONI»).

Chi sono le persone assicurate?
Le persone assicurate sono le persone che adempiono alle condizioni di adesione secondo le CGA, hanno consegnato alla Banca la dichiarazione d'adesione sottoscritta all'attenzione della AXA (consenso in forma scritta o digitale) e hanno ricevuto dalla Banca la conferma d'assicurazione.

Quali rischi sono assicurati?
I rischi assicurati sono l'incapacità totale al lavoro e la disoccupazione. L'assicurazione è un'assicurazione di somma fissa a copertura del reddito da rapporto di lavoro retribuito.

Qual è l'estensione della copertura assicurativa?
In caso di incapacità totale al lavoro oppure disoccupazione, si riceve una prestazione assicurativa mensile pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese a seconda dell'importo scelto al momento della consegna della dichiarazione d'adesione. Paghiamo la prestazione assicurativa mensile a partire dal 31° giorno di incapacità totale al lavoro o di disoccupazione per un massimo di 12 mesi per caso assicurato.

Come viene erogata la prestazione?
La AXA eroga tutte le prestazioni assicurative direttamente alla persona assicurata.

Quando inizia la copertura assicurativa?
La copertura assicurativa inizia dal giorno successivo alla scadenza del periodo di carenza, pari a 30 giorni in caso di incapacità totale al lavoro e di 90 giorni in caso di disoccupazione.

Quanto dura e quando termina la copertura assicurativa?
La copertura assicurativa viene stipulata rispettivamente per la durata di un anno, con tacito rinnovo per rispettivamente un ulteriore anno. Il contratto d'assicurazione nelle CGA prevede diversi motivi/possibilità per il termine del contratto. Gli stessi possono essere riassunti come segue:
La copertura assicurativa termina soprattutto se subentra uno dei seguenti eventi nelle date rispettivamente indicate:

- 60 mesi dall'inizio della copertura assicurativa;
- il 60° compleanno della persona assicurata;
- il giorno del pensionamento regolare oppure del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha versato 12 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di disoccupazione o 24 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di incapacità totale al lavoro;
- il giorno in cui la persona assicurata assume un rapporto di lavoro retribuito presso un datore di lavoro al di fuori della Svizzera;
- il giorno in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori dalla Svizzera;
- il giorno del termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XI);
- il giorno del decesso della persona assicurata.

È possibile terminare la copertura assicurativa soprattutto (rispettivamente con comunicazione alla Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurigo all'attenzione della AXA o tramite il formulario di contatto sul sito https://www.cembra.ch/it/assicurazioni):
- entro 30 giorni dopo l'inizio dell'assicurazione: in qualsiasi momento;
- dopo i primi 30 giorni: nel rispetto di un termine di preavviso di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo;
- se la AXA modifica i premi o le condizioni di assicurazione; in questo caso, la notifica deve pervenire alla Banca prima della data a partire dalla quale la modifica avrebbe effetto secondo la comunicazione della AXA.

La AXA e la Banca possono terminare la copertura assicurativa soprattutto:
- con comunicazione indirizzata all'assicurato nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo;
- se l'assicurato fosse caduto in mora con il pagamento del premio nei confronti della Banca e lo stesso è stato sollecitato senza successo.

Qualsiasi avviso di cessazione della copertura assicurativa deve essere notificato all'altra parte per iscritto o in un'altra forma testuale (ad esempio via e-mail).

A quanto ammonta il premio?
L'ammontare del premio è indicato nella dichiarazione d'adesione e nella conferma d'assicurazione. Il premio dovuto alla Banca sarà fatturato dal proprio fornitore di servizi TONI tramite bollettino di versamento, inclusa la tassa di bollo federale. Restano salve modifiche del premio durante il periodo dell'assicurazione.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?
- Individuazione della fattispecie: Si è tenuti a collaborare in caso di chiarimenti relativi all'assicurazione, come ad esempio violazioni dell'obbligo di notifica, aggravamenti del rischio, verifiche delle prestazioni ecc., e a fornire alla AXA tutte le informazioni e tutti i documenti necessari, richiedere gli stessi a terzi all'attenzione della AXA e autorizzare terzi per iscritto a consegnare alla AXA le relative informazioni, i relativi documenti ecc. La AXA ha il diritto di fare proprie ricerche.
- Caso assicurato: il caso assicurato va immediatamente segnalato alla AXA.

In che modo la AXA gestisce i dati degli assicurati?
Le informazioni sull'utilizzo dei dati sono disponibili su www.AXA.ch/protezione-dati Inoltre, in caso di sinistro, i dati possono essere trasmessi alla Banca insieme alla relativa corrispondenza. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che la riguardano.

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Per la copertura assicurativa in caso di incapacità totale al lavoro e disoccupazione

Assicurazione IncomeProtect

della AXA Assicurazioni SA per i clienti della Cembra Money Bank SA

Le presenti condizioni generali d'assicurazione **(«CGA»)** regolano i particolari della copertura assicurativa. L'assicuratore è la **AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur («Assicuratore»** oppure **«AXA»)**.

Base della copertura assicurativa è un contratto d'assicurazione collettivo in essere tra la Cembra Money Bank SA **(«Banca»)** e l'assicuratore **(«contratto d'assicurazione collettivo»)**. Contraente e debitrice del premio per il contratto d'assicurazione collettivo è la Banca. Dopo aver aderito al contratto d'assicurazione collettivo si viene denominati **«persona assicurata»**. I diritti assicurativi delle persone assicurate si rivolgono esclusivamente contro l'assicuratore. Nel caso assicurato non sussistono rivendicazioni contro la Banca.

Si prega di leggere attentamente le presenti CGA e di conservarle in un luogo sicuro. Le basi della copertura assicurativa personale sono:

- le disposizioni contenute nelle presenti CGA;
- le indicazioni e note contenute nella conferma d'assicurazione rilasciata dalla Banca in nome dell'assicuratore;
- le disposizioni contenute nella dichiarazione d'adesione.

A integrazione valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) nonché del diritto svizzero delle obbligazioni (CO).

I. CONDIZIONI D'ACCETTAZIONE E DEFINIZIONI

La copertura assicurativa viene concessa solo alle persone che al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo:

1. sono clienti della Banca, ossia hanno stipulato almeno un altro contratto con la Banca stessa (ad esempio un conto stipendio, un conto di risparmio o un contratto di credito) al momento della stipula del contratto d'assicurazione;
2. hanno richiesto l'adesione al contratto d'assicurazione collettivo e si sono dichiarate d'accordo a pagare il premio mensile definito dalla Banca;
3. hanno più di 18 anni e meno di 56 anni;
4. hanno un impiego fisso e retribuito in Svizzera con un contratto indeterminato e in corso di validità e sono impiegate da almeno 6 mesi per almeno 18 ore alla settimana presso lo stesso datore di lavoro (qui di seguito **«nel rapporto di lavoro retribuito»**);
5. hanno il proprio domicilio in Svizzera; e
6. non hanno preso conoscenza di un licenziamento imminente dal rapporto di lavoro retribuito.

Al momento della consegna della dichiarazione d'adesione al contratto d'assicurazione collettivo, la persona assicurata sceglie l'importo della **«prestazione assicurativa mensile»**, che ammonta a 1.000 o 1.800 franchi al mese.

La copertura assicurativa non può essere stipulata più di una volta per la stessa persona e nello stesso momento.

II. INIZIO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre:

- per la copertura secondo l'Art. IV (incapacità totale al lavoro): 30 giorni dopo la data indicata nella conferma d'assicurazione **(«periodo di carenza»)**;
- per la copertura secondo l'Art. VI (disoccupazione): 90 giorni dopo la data indicata sulla conferma d'assicurazione **(«periodo di carenza»)**. Se al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo la persona assicurata svolge un'attività lavorativa a orario ridotto (art. 10 cpv. 2bis LADI), il periodo di carenza dura fino alla fine del lavoro ridotto, tuttavia per almeno 90 giorni.

III. FINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Fatte salve le possibilità di termine secondo l'Art. XI, la copertura assicurativa viene concessa rispettivamente per il periodo di un anno e viene automaticamente prorogata per un ulteriore anno fino a che subentra una delle seguenti scadenze:

- 60 mesi dall'inizio della copertura assicurativa;
- il 60° compleanno della persona assicurata;
- il giorno del pensionamento regolare oppure del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha versato 12 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di disoccupazione o 24 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di incapacità totale al lavoro;
- il giorno in cui la persona assicurata assume un rapporto di lavoro retribuito presso un datore di lavoro al di fuori della Svizzera;
- il giorno in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori dalla Svizzera;
- il giorno del termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XI);
- il giorno del decesso della persona assicurata

IV. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

1. **Per «incapacità totale al lavoro»** (qui di seguito per una migliore leggibilità denominata anche **«incapacità al lavoro»**) si intende ogni sospensione momentanea del lavoro a causa di un'incapacità totale (100 percento) della persona assicurata (come conseguenza di una malattia o di un incidente) di esercitare l'impiego o l'attività consueta. Tale incapacità deve essere confermata dal referto di un medico. L'assicuratore può chiedere alla persona assicurata un esame eseguito da un medico indipendente definito dall'assicuratore. Inoltre, la persona assicurata nel momento in cui subentri il caso assicurato deve avere un rapporto di lavoro retribuito (come definito sotto l'Art. I.).
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo scelto dalla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo ed è pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese.
3. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 30 giorni consecutivi (dopo la determinazione dell'incapacità totale al lavoro) durante tutta la durata dell'incapacità al lavoro, al massimo però per 12 mesi per sinistro. Restano salve le scadenze concordate nell'Art. III.
4. Un'ulteriore incapacità al lavoro comporta, indipendentemente dalle cause, solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
   4.1. se la persona assicurata ha riassunto la propria attività retribuita entro 6 mesi prima dell'inizio della nuova incapacità al lavoro, il nuovo periodo di incapacità al lavoro viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione in corso di durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore incapacità al lavoro vengono erogate prestazioni per un periodo totale di massimo 12 mesi.
   4.2. Se tra la fine della prima e l'inizio dell'ulteriore incapacità al lavoro ci sono più di 6 mesi (ripresa dell'attività nel rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo d'incapacità al lavoro viene trattato come nuovo caso assicurato con nuovo periodo d'attesa.

V. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- L'incapacità al lavoro come conseguenza:
  - di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti;
  - di casi di tentato suicidio, lesioni personali per colpa grave, assunzione di droghe o medicinali non prescritti dal medico;
  - della prestazione di servizio militare o simili;
  - di giochi, corse, scommesse o competizioni sportive, a condizione che la persona assicurata sia impegnata professionalmente in tali attività;
  - di ogni tipo di voli, con l'eccezione come passeggero di un volo eseguito commercialmente in un aereo per passeggeri:
  - di sport aerei in concomitanza con gare, dimostrazioni, acrobazie, tentativi di record, voli con prototipi, voli di prova, lanci con paracadute non omologati, voli con deltaplani, deltaplano, parasailing, parapendio;
  - di combattimenti ai quali la persona assicurata partecipi attivamente, a meno che non servano a scopi di autodifesa, assistenza a persone in pericolo o adempimento di doveri professionali;
  - di abuso di alcol o droghe;
  - della commissione intenzionale di un reato che provoca il caso assicurato;
  - di effetti diretti o indiretti di un'esplosione, del rilascio di calore o di radiazioni derivanti dalla trasmutazione del nucleo atomico;
  - di una guerra civile o estera, una rivolta, un tumulto, un attentato o un attacco terroristico, indipendentemente dal luogo in cui ha luogo l'evento e dai suoi protagonisti, purché la persona assicurata vi partecipi attivamente;
  - di atti terroristici commessi direttamente o indirettamente con materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale;
  - di lesioni o danni che si verificano o si sono verificati nel corso di gare con un veicolo a motore, la pratica di arti marziali o l'alpinismo;
  - delle ripercussioni di un infortunio o di una malattia causati da atti dolosi compiuti dalla persona assicurata;
- incapacità al lavoro parziale: la stessa sussiste qualora la persona assicurata non sia in grado di esercitare l'impiego o l'attività consueti nella misura finora svolta, ma ancora in modo limitato (a ore);
- l'interruzione del lavoro insieme al congedo di maternità per legge;

- l'incapacità al lavoro dovuta a esaurimento nervoso, sindrome da affaticamento cronico, fibromialgia, disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici o mentali, a meno che tale incapacità lavorativa non richieda un ricovero ospedaliero di oltre 15 giorni consecutivi;
- l'incapacità al lavoro a causa di una lesione del disco intervertebrale o di una radicolopatia: lombaggine, lombalgia, sciatica, meralgia parestesica, nevralgia cervicobrachiale, protrusione discale, ernia discale, mal di schiena, dolore al collo, coccigodinia, a meno che questo disturbo non richieda un intervento chirurgico durante l'incapacità al lavoro.

VI. PRESTAZIONI IN CASO DI DISPOCCUPAZIONE

1. Per **«disoccupazione»** si intende l'interruzione totale e permanente del lavoro a causa del licenziamento da un rapporto di lavoro retribuito, per il quale alla persona assicurata vengono versate prestazioni integrali di diaria di un'assicurazione svizzera di disoccupazione prevista per legge.
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo scelto dalla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo ed è pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese.
3. Qualora la persona assicurata percepisca già prestazioni assicurative a causa di incapacità al lavoro e inoltre diventi disoccupata, si continuano a pagare esclusivamente le prestazioni per incapacità al lavoro (Art. IV). Dopo il termine dell'incapacità al lavoro può essere fatta, se al quel punto sussistono le premesse, istanza per la prestazione assicurativa per disoccupazione.
4. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 30 giorni consecutivi di disoccupazione per tutta la durata della disoccupazione, al massimo però per 12 mesi per sinistro. Inoltre, valgono le scadenze secondo l'Art. III.
5. Un'ulteriore disoccupazione comporta solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
   5.1 se la persona assicurata ha riassunto la propria attività retribuita entro 6 mesi prima dell'inizio della nuova disoccupazione, il nuovo periodo di disoccupazione viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione in corso di durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore disoccupazione vengono erogate prestazioni durante complessivamente 12 mesi.
   5.2 Se tra la fine della prima e l'inizio dell'ulteriore disoccupazione ci sono più di 6 mesi (ripresa dell'attività nel rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo di disoccupazione viene trattato come nuovo caso assicurato con nuovo periodo d'attesa.
6. **Guadagno intermedio/giorni di sospensione**: se la persona assicurata durante il periodo di disoccupazione realizza un guadagno intermedio, la prestazione dell'assicurazione per il relativo mese si riduce nello stesso rapporto in cui la Cassa di disoccupazione per tale mese ha ridotto il contributo di disoccupazione a causa del guadagno intermedio. Secondo lo stesso principio si riduce la prestazione assicurativa se la Cassa di disoccupazione ha applicato dei giorni di sospensione contro la persona assicurata.
7. Il lavoro ridotto (art. 10 cpv. 2bis LADI) non è considerato disoccupazione ai sensi delle presenti condizioni di assicurazione.

VII. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI DISOCCUPAZIONE

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi**:**

- licenziamento (oppure licenziamento comunicato alla persona assicurata) prima del 90° giorno dopo l'inizio dell'assicurazione;
- licenziamento dal lavoro ridotto esistente all'inizio della copertura assicurativa;
- disoccupazione non coperta dall'assicurazione contro la disoccupazione nonché disoccupazione parziale;
- un licenziamento dal posto di lavoro già comunicato oppure una disoccupazione esistente al momento dell'adesione della persona assicurata al contratto d'assicurazione collettivo;
- sciopero o disoccupazione volontaria;
- cessazione di un contratto di lavoro a tempo determinato o di un progetto di lavoro specifico, nonché cessazione di un impiego stagionale;
- licenziamento che viene comunicato alla persona assicurata durante un periodo di prova, di apprendistato o di formazione; ciò non vale per un periodo di prova che segue immediatamente un caso assicurato;
- il licenziamento a causa di una violazione per colpa grave degli obblighi dal contratto di lavoro;
- il licenziamento per importante motivo sulla base dell'Art. 337 DO;
- il licenziamento se il datore di lavoro è il coniuge o un parente di primo grado della persona assicurata o se la persona assicurata, il suo coniuge o un parente di primo grado è l'unico proprietario, l'azionista di maggioranza o l'organo di rappresentanza del datore di lavoro;
- se la persona assicurata disdice un rapporto di lavoro retribuito per iniziare poi un nuovo rapporto di lavoro retribuito con un altro datore di lavoro, alla fine del vecchio rapporto di lavoro decorre un nuovo periodo di carenza di 90 giorni; se il nuovo datore di lavoro disdice il nuovo rapporto di lavoro entro tale periodo di carenza, non sussiste copertura assicurativa.

VIII. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Per far valere il diritto alla prestazione assicurativa, la persona assicurata deve utilizzare i formulari di richiesta a ciò preposti, i quali possono essere richiesti dalla persona assicurata all'assicuratore all'indirizzo indicato in calce. Il formulario compilato deve quindi essere trasmesso all'assicuratore (vedi indirizzo alla fine del presente Art. VIII). Per la verifica di un obbligo alla prestazione l'assicuratore può chiedere tutti i certificati che ritiene necessari per la rispettiva verifica del diritto (compreso il diritto di presa visione degli atti onde verificare se la persona assicurata abbia adempiuto alle condizioni di accettazione al momento dell'adesione all'assicurazione). Si tratta soprattutto di:

Nel caso di incapacità totale al lavoro

- copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultima busta paga;
- certificato o referto medico che fornisca informazioni (a) sulla causa e le caratteristiche della malattia oppure della lesione fisica nonché sulla rispettiva prognosi e (b) definisca la presumibile durata dell'incapacità al lavoro;
- in caso di incidente: una copia del protocollo della polizia (se presente);
- dichiarazione di assenza dal posto di lavoro come conseguenza di malattia o incidente (documento del datore di lavoro).

Nel caso di disoccupazione

- copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultima busta paga;
- copia della lettera di licenziamento;
- copia della registrazione e della richiesta di indennità di disoccupazione presso una Cassa di disoccupazione;
- copie dei computi mensili delle prestazioni circa i versamenti delle prestazioni dalla Cassa di disoccupazione.

Se il caso assicurato si protrae per più di un mese, l'assicuratore può richiedere la prova della continuazione del caso assicurato stesso (certificato successivo) per ogni ulteriore mese in cui la persona assicurata richiede una prestazione. I referti o certificati medici devono essere stati rilasciati in tutti i casi da un medico di base della Svizzera. Tutti i documenti vanno presentati in una delle lingue ufficiali della Svizzera. I costi relativi ai certificati di cui sopra sono a carico della persona assicurata. L'assicuratore può inoltre procurare o richiedere a proprie spese altri certificati e chiedere altri esami medici che ritenga necessari per la decisione circa la determinazione del diritto. In questo contesto l'assicuratore ha il diritto di contattare direttamente i medici curanti. La persona assicurata pertanto esonera con la presente tutti i medici curanti nonché tutti gli altri collaboratori di istituzioni, autorità e simili nominati nella documentazione presentata in caso di evento assicurato o comunque coinvolti nelle cure mediche dal segreto medico/professionale nella misura in cui ciò sia necessario per la determinazione dell'obbligo alla copertura (inclusa la verifica delle condizioni d'accettazione). La persona assicurata esonera inoltre gli organi ufficiali, i datori di lavoro e gli altri assicuratori e le assicurazioni sociali (in particolare l'ufficio AI o la cassa di disoccupazione competente) dall'obbligo di riservatezza e segretezza nei confronti dell'assicuratore. Autorizza espressamente tali uffici a fornire informazioni e l'assicuratore a prendere visione delle decisioni e degli atti di altri assicuratori e assicurazioni sociali coinvolti nello stesso caso di sinistro (in particolare l'ufficio AI o la cassa di disoccupazione competente). Se l'assicuratore richiede una corrispondente autorizzazione scritta e/o una dispensa dall'obbligo di riservatezza per chiarire l'obbligo alla prestazione in caso di sinistro nell'ambito dell'elaborazione della richiesta, queste devono essere rilasciate senza indugio.
La documentazione sopra menzionata o richiesta a integrazione deve essere inviata immediatamente dopo il verificarsi di un caso di sinistro al seguente indirizzo:

AXA Assicurazioni SA
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse
40 8400 Winterthur

È possibile segnalare un evento assicurato in modo rapido e comodo anche online tramite il seguente sito web:
www.clp.partners.axa/ch/sinistri

IX. MODIFICHE DEI PREMI OPPURE DELLE CGA/COMUNICAZIONI

1. L'assicuratore può chiedere in ogni momento, sia per rischi in essere come anche per rischi nuovi, una modifica dei premi e/o delle CGA. L'assicuratore comunica per iscritto alle persone assicurate le rispettive modifiche al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Tutte le comunicazioni sono da considerare notificate in modo valido qualora siano state trasmesse all'ultimo indirizzo di domicilio reso noto all'assicuratore o alla Banca.
2. Se la persona assicurata non è d'accordo con le modifiche, ha il diritto di terminare la copertura assicurativa rispettando un termine di 30 giorni alla fine del mese con comunicazione scritta alla Banca.

X. PREMIO

1. La Banca, in qualità di contraente e debitrice del premio nei confronti dell'assicuratore, assegna il proprio debito del premio sulla persona assicurata. La persona assicurata deve il premio alla Banca, che lo richiede alla persona assicurata stessa.
2. Al momento della consegna della dichiarazione d'adesione al contratto d'assicurazione collettivo, la persona assicurata può scegliere tra gli intervalli di pagamento offerti per il versamento del premio alla Banca (ad esempio trimestrale o mensile). Il primo premio è dovuto alla data di inizio dell'assicurazione; i premi successivi sono dovuti in base all'intervallo di pagamento selezionato.
3. La persona assicurata è tenuta a pagare il proprio premio mensile alla Banca anche durante il periodo nel quale percepisce delle prestazioni dal presente contratto d'assicurazione collettivo.

XI. TERMINE/MORA DI PAGAMENTO

1. La persona assicurata può terminare l'assicurazione comunicandolo per iscritto alla Banca, all'attenzione dell'assicuratore, entro 30 giorni dall'inizio dell'assicurazione. In questo caso la copertura assicurativa viene sciolta senza conseguenze in termini di costo e il premio già versato dalla persona assicurata alla Banca viene restituito integralmente.
2. La persona assicurata ha il diritto di disdire la copertura assicurativa in oggetto alla fine di un anno assicurativo con un termine di disdetta di 30 giorni. La disdetta deve essere inviata in forma scritta per posta o via e-mail alla Banca all'attenzione dell'assicuratore. In caso di cessazione, la copertura assicurativa termina alla fine del rispettivo anno assicurativo.
3. L'assicuratore e la Banca si riservano il diritto di terminare la copertura assicurativa rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo (notifica in base all'Art. IX.1 ultima frase).
4. Se il premio dovuto dalla persona assicurata non viene pagato in tempo alla scadenza secondo l'Art.X II.2, la Banca ha il diritto di richiedere per iscritto o in altra forma testuale (ad esempio via e-mail) alla persona assicurata, con l'indicazione delle conseguenze della mora a carico della persona assicurata, di prestare il pagamento entro 14 giorni calcolati dalla data di invio del sollecito. Qualora il premio non venisse versato nonostante un tale sollecito, l'obbligo alla prestazione dell'assicuratore decorsi i detti 14 giorni viene sospeso.
5. Qualsiasi avviso di cessazione della copertura assicurativa deve essere notificato all'altra parte per iscritto o in un'altra forma testuale (ad esempio via e-mail).

XII. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assicuratore paga le prestazioni assicurative direttamente alla persona assicurata.

XIII. PROTEZIONE DEI DATI

Le informazioni sull'utilizzo dei dati sono disponibili su www.AXA.ch/protezione-dati. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che la riguardano.

XIV. DIRITTO APPLICABILE

I diritti della persona assicurata sulla base del contratto d'assicurazione collettivo sono sottoposti al diritto svizzero.

XV. FORO COMPETENTE

Come foro competente a scelta della persona assicurata sono a disposizione: Winterthur come sede dell'assicuratore o come domicilio svizzero della persona assicurata.