

Allgemeine Bedingungen der individuellen Unfallversicherung **AVB** Zusatzdeckung zum UVG oder volle Deckung

Ausgabe 01.01.2003

Inhaltsverzeichnis	
A.	Allgemeine Bestimmungen
Art. 1	Grundlagen des Versicherungsvertrages
Art. 2	Versicherte Personen
Art. 3	Örtlicher Geltungsbereich
B.	Gegenstand der Versicherung
Art. 4	Gegenstand der Versicherung
Art. 5	Leistungskürzung im Falle von grober Fahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen
Art. 6	Ausschlüsse aus der Versicherung
C.	Leistungen
Art. 7	Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)
Art. 8	Spitaltaggeld
Art. 9	Taggeld
Art. 10	Invalidität
Art. 11	Todesfall
Art. 12	Kürzung der Versicherungssummen
Art. 13	Ermittlung der versicherten Leistungen
Art. 14	Anrechnung auf Haftpflichtansprüche
Art. 15	Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen
D.	Prämie
Art. 16	Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung
Art. 17	Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie
Art. 18	Änderung des Prämientarifes
Art. 19	Mahnung, Betreibungsandrohung und Betreibung
E.	Schadenfall
Art. 20	Meldepflicht
Art. 21	Folgen bei verspäteter Unfallmeldung
F.	Vertragsdauer
Art. 22	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
Art. 23	Vertragsdauer und Kündigung
Art. 24	Änderung der versicherten Gefahr
G.	Schlussbestimmungen
Art. 25	Verjährung
Art. 26	Mitteilungen
Art. 27	Erfüllungsort und Gerichtsstand
Art. 28	Bezugstext

A. Allgemeine Bestimmungen

- Art. 1** Grundlagen des Versicherungsvertrages
- Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden der Versicherungsantrag, die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie die Versicherungspolice und allfällige Nachträge derselben.
 - Für Fragen, die nicht nachstehend geregelt sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
 - Ausserdem sind für Versicherte mit Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein die Bestimmungen des liechtensteinischen Gesetzes vom 6. Juni 1941 betreffend der Übernahme des VVG integrierender Bestandteil des Versicherungsvertrages.

- Art. 2** Versicherte Personen
- Jede Person kann nach dem abgeschlossenen 15. Lebensjahr, bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres, eine der folgenden Versicherungsformen wählen:
- Zusatzversicherung zum UVG: soweit die Person der obligatorischen Unfallversicherung UVG unterliegt.
 - Voller Versicherungsschutz: sofern die Person nicht versichert oder nicht mehr obligatorisch oder freiwillig gegen Berufs- oder Nichtberufsunfälle im Sinne der Bestimmungen des UVG versichert ist.

- Art. 3** Örtlicher Geltungsbereich
- Die Versicherung gilt weltweit.

B. Gegenstand der Versicherung

Art. 4 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten, gemäss den in der Versicherungspolice ausgewiesenen Garantien.
2. Als Berufsunfälle gelten alle Unfälle im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes UVG, die der Versicherungsnehmer in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet. Alle anderen Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.
3. Als Berufskrankheiten gelten diejenigen im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes (UVG). Sie sind den Berufsunfällen ab dem Tag, an dem Sie ausgebrochen sind, gleichgestellt, resp. sobald sich der Versicherte zum ersten Mal einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss oder arbeitsunfähig ist.
4. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers ist, dass der Unfall, die Körperschädigung oder die letzte vor dem Ausbruch der Berufskrankheit erfolgte Gefährdung während der Gültigkeit des vorliegenden Vertrages stattfand.
5. Für einige spezifische, im Gesetz erwähnte Berufskrankheiten werden die Leistungen entsprechend dem UVG im Verhältnis der Dauer der Aussetzung einer Gefahr während der Gültigkeitsdauer der Police und der gesamten Dauer der Aussetzung, berechnet.

Art. 5 Leistungskürzung im Falle von grober Fahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen

1. Bei allen durch diesen Vertrag versicherten Unfällen, die auf grobe Fahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes UVG zurückzuführen sind, verzichtet der Versicherer auf eine Leistungskürzung.
2. Artikel 6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleibt vorbehalten.

Art. 6 Ausschlüsse der Versicherung

1. Für Berufs- und Nichtberufsunfälle, bei denen das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) keine Anwendung findet oder finden würde, werden keine Versicherungsleistungen ausgerichtet (Fall der Leistungsverweigerung).

2. Darüber hinaus sind von der Versicherung ausgeschlossen:

- vorsätzliche Schäden;
- Unfälle während einer vorsätzlichen Begehung einer strafbaren Handlung (inkl. Unfälle unter Einfluss von Alkohol);
- Unfälle infolge Erdbeben in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein;
- Selbstmord, Selbstverstümmelung bzw. Versuche dazu;
- Unfälle während des Militärdienstes im Ausland;
- Teilnahme an kriegerischen Handlungen;
- Teilnahme an terroristischen und verbrecherischen Handlungen;
- Teilnahme an Schlägereien und Raufereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden.
- Teilnahme an Unruhen;
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung jeder Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Beeinträchtigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

C. Leistungen

Art. 7 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

- a. Zusatzdeckung zum UVG oder volle Deckung
Sind die Heilungskosten versichert, deckt der Versicherer gemäss Vereinbarung in der Police maximal für eine Dauer von fünf Jahren ab dem Tag des Unfalls, die Differenz zwischen dem vom UVG Versicherer zu erbringenden Leistungen und den nachstehend vorgesehenen (Zusatzdeckung zum UVG) resp. für die volle Deckung die ärztlich verschriebenen Behandlungen. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden. Die Behandlungen müssen durch nach UVG anerkanntes medizinisches Personal durchgeführt werden (vgl. Tabelle A, die diesen Allgemeinen Bedingungen beigelegt ist und Bestandteil davon bildet):
 1. Ärztliche Behandlung
Die Kosten für die Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen.
 2. Spitalaufenthalte
Entsprechend der in der Police vorgesehenen Versicherungsklasse, die Behandlungs- und Pensionskosten in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital.

3. Kur- und Erholungsaufenthalte
Die Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in einem Kur- oder Erholungsheim im Sinne des nachstehenden Artikels 8. Die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt und die Unterbringung werden bis zu Fr. 200.– pro Tag und für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt rückerstattet, bei einer Höchstdauer von 120 Tagen für denselben Unfall.

4. Alternativmedizin
Der für die nachstehenden Heilbehandlungen vorgesehene Betrag, soweit die Behandlung von einem in der Schweiz diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturalheilpraktiker durchgeführt wird.

Verzeichnis der Therapien

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie.

Manuelle Therapien:

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts.

Psychotherapie:

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt wird.

5. Abzüge bei den Unterhaltskosten
Ausserdem übernimmt der Versicherer die Abzüge bei den Unterhaltskosten im Falle eines Aufenthalts in einer Heilanstalt, die vom UVG-Versicherer oder vom schweizerischen Militärversicherer vorgenommen wurden.

6. Hilfsmittel
Die Kosten für die erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, welche körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle oder -einschränkungen ausgleichen (Prothesen, Brillen, Hörgeräte und orthopädische Hilfsmittel).

Die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) von Gegenständen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, sofern diese anlässlich eines versicherten Unfalls, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden.

7. Hauspflege

Der Betrag für die vom Arzt angeordnete Hauspflege durch Pflegepersonal während der Dauer der Behandlung.

8. Haushaltshilfe

Ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% bestätigt, steht dem Versicherten eine Entschädigung von Fr. 50.– pro Tag, maximal während 120 Tagen pro Unfall, zu. Die Entschädigung einer Person, die mit der verunfallten Person im gleichen Haushalt lebt, ist ausgeschlossen.

9. Transportkosten

Die für den Transport des Versicherten an den Behandlungsort notwendigen Kosten, während der gesamten Behandlungsdauer. Der Lufttransport wird nur übernommen, wenn dies aus medizinischen oder technischen Gründen gerechtfertigt ist.

10. Bergung und Überführung der Leiche

Die für die Bergung und Überführung der Leiche an den Bestattungsort notwendigen Kosten, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalls ist.

11. Suchaktionen

Die notwendigen Kosten, bis höchstens Fr. 20'000.– pro Versicherten.

12. Entschädigung für diverse Nachteile

Eine zusätzliche Pauschalentschädigung wird zur Deckung von diversen Nachteilen, die sich aus dem Schadensfall ergeben, wie folgt gezahlt:

Fr. 400.– wenn die durch den Unfall verursachten Heilungskosten (gemäss Ziff. 1)

Fr. 1'000.– übersteigen

Fr. 600.– wenn sie mehr als Fr. 2'000.– betragen

Fr. 800.– wenn sie mehr als Fr. 3'000.– betragen

Fr. 1'000.– wenn sie mehr als Fr. 4'000.– betragen

- b. Zusatzversicherung zur Krankenversicherung (KVG)

1. Wenn die Heilungskosten für die Folgen eines Unfalls als Zusatz zur Krankenversicherung (KVG) versichert sind, übernimmt der Versicherer im Rahmen dieser Bestimmungen den Anteil an den Kosten, der nicht über die Krankenversicherung gedeckt ist.

2. Die Franchisen, die Selbstbeteiligung an Kosten und die eventuell vom Krankenversicherer in Rechnung gestellten Gebühren werden nicht erstattet.

c. Zusatzversicherung zum UVG

Falls im Zeitpunkt des Unfalls kein Versicherungsschutz nach UVG bestand, oder er nicht mehr besteht, übernimmt der Versicherer nur die Hälfte der Kosten, die gemäss Artikel 7, Littera a, Absatz 1 und 3 geschuldet sind; die in Artikel 7, Littera a, Absatz 4 und 12 vorgesehenen Leistungen werden ungemindert gezahlt. Allerdings werden diese Leistungen nur als Zusatz zu den von möglichen anderen Versicherern geschuldeten Leistungen erbracht.

d. Leistungen Dritter

1. Falls die Heilungskosten nach Littera a aufgrund der Militärversicherung, der Eidgenössischen Invalidenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung geschuldet sind, ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten.
2. Falls die Heilungskosten über mehrere Versicherungen bei anerkannten Versicherern gedeckt sind, darf der Gesamtbetrag der Leistungen nicht denjenigen der tatsächlich aus dem Unfall entstandenen Kosten übersteigen. Der Versicherer vergütet die bei ihm versicherten Kosten lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.
3. Erbringt der Versicherer anstelle eines haftpflichtigen Dritten Zahlungen, ist der Versicherte verpflichtet, ihm seine Ansprüche bis zur Höhe des ausbezahlten Betrages abzutreten.

tet der Versicherer dem Versicherten ein Taggeld, das dem halben vereinbarten Spitaltaggeld entspricht.

b. Leistungsdauer

Das Taggeld für den Spitalaufenthalt wird für eine Zeit von fünf Jahren ab dem ersten Tag seit dem Unfall bezahlt:

- im Falle eines Spitalaufenthalts für eine Dauer von höchstens 360 Tagen pro Unfall;
- im Falle von Kur- oder Erholungsaufenthalten über eine Zeit von höchstens 30 Tagen pro Aufenthalt, bis zu höchstens 120 Tagen für denselben Unfall;
- bei Heimpflege wird vom Versicherer pro Unfall ein Taggeld, das dem halben vereinbarten Spitaltaggeld entspricht, während höchstens 200 Pflgetagen übernommen.

Art. 9 Taggeld

a. Anspruch

Für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit des Versicherten bezahlt der Versicherer das in der Police vereinbarte Taggeld. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist gewährt. Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses bezahlt der Versicherer dem Versicherten das Taggeld bis zum vom Arzt bestätigten Datum, aber längstens bis Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

b. Pflichten des Versicherten

Der Versicherte kann sich durch einen von ihm ausgewählten Arzt untersuchen lassen. Kommt der Versicherte der diesbezüglichen Vorladung ohne stichhaltigen Grund nicht nach, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen, zu verweigern, resp. die Rückerstattung der bereits vorgeschossenen Leistungen zu verlangen und dem Versicherten die Kosten der Konsultation in Rechnung zu stellen.

c. Leistungsdauer

Der Versicherer bezahlt das Taggeld pro Unfall während höchstens 720 Tagen innerhalb von fünf Jahren seit dem Unfalltag, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer Invaliditätsleistung gemäss Artikel 10 der Allgemeinen Bedingungen.

d. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechend gekürztes Taggeld während der in Littera c vorgesehenen Dauer geleistet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

Art. 8 Spitaltaggeld

a. Anspruch

Für die Dauer eines ärztlich verordneten, medizinisch notwendigen Aufenthaltes in einem Spital oder einer Kuranstalt bezahlt der Versicherer das vereinbarte Spitaltaggeld.

Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn er zum Zweck der ärztlichen Behandlung im Hinblick auf eine Besserung oder Verhinderung einer ungünstigen Weiterentwicklung der Gesundheitsschädigung erfolgt.

Aufenthalte in Kuranstalten sind zudem nur versichert, wenn der Versicherte vor deren Antritt in ärztlicher Behandlung stand.

Spitäler, psychiatrische Kliniken und Kuranstalten müssen ärztlich geleitet oder überwacht sein.

Für unter ärztlicher Betreuung durchgeführte Badeskuren besteht Anspruch auf Spitaltaggeld. Erholungsaufenthalte sind nur gedeckt, wenn sie in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt durchgeführt werden.

Bei ärztlich verordneter Heimpflege, durch die ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann, vergü-

- e. Leistungen Dritter
 Stehen dem Versicherten auch Leistungen der Militärversicherung, der Eidgenössischen Invalidenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung zu, ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstausfalls des Versicherten. Er bezahlt jedoch maximal das vereinbarte Taggeld. Erbringt der Versicherer anstelle eines haftpflichtigen Dritten Taggeldzahlungen, ist der Versicherte verpflichtet, ihm seine Ansprüche bis zur Höhe des ausbezahlten Betrages abzutreten. Bestehen für Taggelder zur Deckung des Verdienstausfalles mehrere Versicherungen bei anerkannten Versicherern, wird der gesamte Lohnausfall einmal ausgerichtet. Der Versicherer vergütet die von ihm versicherten Kosten lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

Art. 10 Invalidität

a. Leistungsarten

Je nach vereinbarter Deckung zahlt der Versicherer:

- ein vom Alter des Versicherten unabhängiges Invaliditätskapital (gleichbleibende Kapitalleistung gemäss Littera b, Absatz 3) und/oder,
- die Kosten für Schönheitschirurgie gemäss Littera c und/oder,
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung gemäss Littera d.

b. Kapitalleistungen

1. Leistungsanspruch

Das Invaliditätskapital wird ausbezahlt, sobald eine bleibende Invalidität feststellbar ist.

2. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird gemäss Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) festgelegt.

Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes oder eines Organes wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.

Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.

3. Gleichbleibende Kapitalleistungen

Bemessung des Kapitals

Das Invaliditätskapital bemisst sich nach dem Invaliditätsgrad, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Progressionsvariante.

War der Versicherte vor dem Unfall bereits invalid, bezahlt der Versicherer ein Kapital im Verhältnis zum Invaliditätsgrad, der direkt auf den Unfall zurückzuführen ist.

Progressionsvarianten

Ist eine progressive Invaliditätsversicherung vereinbart, bemisst sich das Invaliditätskapital nach der gewählten Variante, gemäss folgender Tabelle:

Leistungen in % der Versicherungssumme			
Invaliditätsgrad %	Entschädigung ohne Progr.	A	B
100	100	225	350
99	99	222	345
98	98	219	340
97	97	216	335
96	96	213	330
95	95	210	325
94	94	207	320
93	93	204	315
92	92	201	310
91	91	198	305
90	90	195	300
89	89	192	295
88	88	189	290
87	87	186	285
86	86	183	280
85	85	180	275
84	84	177	270
83	83	174	265
82	82	171	260
81	81	168	255
80	80	165	250
79	79	162	245
78	78	159	240
77	77	156	235
76	76	153	230
75	75	150	225
74	74	147	220
73	73	144	215
72	72	141	210
71	71	138	205
70	70	135	200
69	69	132	195
68	68	129	190
67	67	126	185
66	66	123	180

Leistungen in % der Versicherungssumme			
Invaliditätsgrad %	Entschädigung nach Variante		
	ohne Progr.	A	B
65	65	120	175
64	64	117	170
63	63	114	165
62	62	111	160
61	61	108	155
60	60	105	150
59	59	102	145
58	58	99	140
57	57	96	135
56	56	93	130
55	55	90	125
54	54	87	120
53	53	84	115
52	52	81	110
51	51	78	105
50	50	75	100
49	49	73	97
48	48	71	94
47	47	69	91
46	46	67	88
45	45	65	85
44	44	63	82
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67
38	38	51	64
37	37	49	61
36	36	47	58
35	35	45	55
34	34	43	52
33	33	41	49
32	32	39	46
31	31	37	43
30	30	35	40
29	29	33	37
28	28	31	34
27	27	29	31
26	26	27	28
25	25	25	25
24	24	24	24
23	23	23	23
22	22	22	22
21	21	21	21
20	20	20	20
19	19	19	19
18	18	18	18
17	17	17	17
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11

Leistungen in % der Versicherungssumme			
Invaliditätsgrad %	Entschädigung nach Variante		
	ohne Progr.	A	B
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

c. Entstellungen

Falls der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte körperliche Entstellung (Entstellungsschäden) nach sich gezogen hat, die zwar kein Anrecht auf ein Invaliditätskapital im Sinne von Littera b gibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der geeignet ist, die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten in gewissem Umfang zu beeinträchtigen, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung von:

- 10% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Entstellung das Gesicht betrifft;
- 5% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn diese Entstellung andere normalerweise sichtbare Körperteile betrifft.

In keinem Fall wird die für derartige Schäden geschuldete Entschädigung einen Betrag von Fr. 20'000.– übersteigen.

d. Kosten für die berufliche Wiedereingliederung

Falls infolge desselben Unfalls eine Wiedereingliederung in einen neuen Beruf notwendig wird, übernimmt der Versicherer ausser den in Littera b und c genannten Leistungen auch die angemessenen Kosten, die sich daraus ergeben, falls diese nicht durch einen anderen Versicherer gedeckt sind, höchstens aber Fr. 20'000.–.

Art. 11 Todesfall

a. Anspruch

Falls der Unfall den Tod des Versicherten zur Folge hat, bezahlt der Versicherer das vereinbarte Todesfallkapital den Berechtigten in folgender Reihenfolge:

1. Überlebender Ehegatte

Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf das Todesfallkapital.

Wurde die Ehe nach dem Unfall geschlossen, besteht der Anspruch, wenn die Eheschliessung vorher verkündet worden ist, oder wenn die Ehe beim Tod des Versicherten mindestens zwei Jahre gedauert hat.

2. Kinder

Die Kinder des verstorbenen Versicherten, die ihr 18. Lebensjahr, bzw. bei einer Lehre oder einem Studium ihr 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben zu gleichen Teilen Anspruch auf das Todesfallkapital.

Gleichgestellt sind auch Kinder, die zur Zeit des Unfalls vom Versicherten unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen worden waren. Bei Wegfall eines Kindes fällt der Teil, der ihm zugekommen wäre, seinen Erben zu.

3. Andere Hinterlassene

Dem Vater und der Mutter zu gleichen Teilen.

Bei deren Wegfall, den Geschwistern zu gleichen Teilen. Ist eines der Geschwister bereits verstorben, wird dessen Teil seinen Hinterlassenen überwiesen.

Hinterlässt der Versicherte sowohl Ehegatte als auch Kinder, fällt die gesamte Versicherungsleistung dem Ehegatten zu.

Sind keine der aufgezählten Hinterlassenen vorhanden, werden nur die vom UVG-Versicherer oder der schweizerischen Militärversicherung nicht übernommenen Bestattungskosten bis zu maximal 10% des Todesfallkapitals vergütet, höchstens aber Fr. 10'000.–.

b. Kumulierung der Leistungen

Eventuelle Leistungen für Invalidität (vgl. Art. 10 der vorliegenden Allgemeinen Bestimmungen), die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.

c. Verschulden eines Hinterlassenen

Hat ein Hinterlassener den Tod des Versicherten absichtlich herbeigeführt, so ist er vom Leistungsanspruch ausgeschlossen.

Hat ein Hinterlassener den Tod des Versicherten grobfahrlässig herbeigeführt, so werden die ihm zukommenden Geldleistungen gekürzt. In besonders schweren Fällen können sie verweigert werden.

Art. 12 Kürzung der Versicherungssummen

Falls der Versicherte das im Bundesgesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) festgesetzte Rentenalter erreicht hat, betragen die maximalen Versicherungssummen

- im Todesfall Fr. 30'000.–;
- im Invaliditätsfall Fr. 100'000.– (Variante ohne Progression).

Art. 13 Ermittlung der versicherten Leistungen

1. Das Taggeld kann entweder in einem Pauschalbetrag bestehen oder nach dem versicherten Tageseinkommen berechnet werden.
2. Im Falle der Invalidität und des Todes werden die Leistungen nach der in der Police vereinbarten Kombination der Kapitalbeträge berechnet.
3. Sofern in der Police nichts anderes vereinbart, wird der versicherte Verdienst nach den Bestimmungen der Gesetzgebung der Unfallversicherung (UVG) festgelegt.

Wenn in der Police nichts anderes festgelegt wurde, wird der massgebliche Gesamtlohn auf höchstens Fr. 300'000.– pro Versicherten und Jahr begrenzt.

Art. 14 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

Die aus dieser Unfallversicherung geleisteten Entschädigungen werden auf Haftpflichtansprüche des Versicherten oder seiner Hinterlassenen gegen den Versicherungsnehmer oder andere Betriebsangehörige angerechnet.

Art. 15 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche auf versicherte Leistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

D. Prämien

Art. 16 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung

1. Ohne gegenteilige Vereinbarung wird die Prämie pro Versicherungsjahr festgelegt. Sie ist im Voraus zu Beginn des Versicherungsjahres zu zahlen.

Wurden Ratenzahlungen vereinbart, sind die im Laufe des Jahres fälligen Raten geschuldet. Die Zahlungsfrist beträgt ein Monat nach Fälligkeit. Vorbehalten bleibt Artikel 17 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.

2. Falls die Prämie für das Taggeld nach dem versicherten Tageseinkommen berechnet wird, wird nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages die definitive Prämienabrechnung vorgenommen. Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer alle zur Erstellung der endgültigen Abrechnung der Prämie notwendigen Informationen zukommen zu lassen (Gehalts- oder AHV- Abrechnungen). Der Versicherer teilt dem Versicherten den Be-

trag einer möglichen Nachzahlung mit, der innert einem Monat zu bezahlen ist.

Der zuviel bezahlte Betrag wird als Anzahlung mit der provisorischen Prämie des nächsten Jahres verrechnet oder auf Wunsch dem Versicherungsnehmer rückerstattet.

Beläuft sich die Nachzahlung oder der Überschuss auf einen Betrag unter Fr. 20.–, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

Art. 17 Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie

1. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, erstattet der Versicherer dem Versicherten die bezahlte Prämie zurück, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.
2. Die Regelung des vorstehenden Absatzes ist nicht anwendbar:
 - falls der Versicherte den Vertrag im Schadenfall kündigt;
 - falls der Versicherte den Vertrag, der weniger als ein Jahr in Kraft war, kündigt;
 - falls der Versicherte seine Pflichten gegenüber dem Versicherer zum Zwecke der Täuschung verletzt hat.
3. Die Bestimmungen über die definitive Prämienabrechnung gemäss obenstehendem Artikel 16 bleiben vorbehalten.

Art. 18 Änderung des Prämientarifes

1. Falls die Prämien für den Tarif, der eine oder mehrere Versicherungsleistungen betrifft (Artikel 7 bis 11 AVB), geändert werden, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages für die darauffolgende Versicherungsperiode fordern. Der Versicherer gibt dem Versicherten die neuen Vertragsbestimmungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres bekannt.
2. Der Versicherer hat diesfalls das Recht, den Vertrag in Bezug auf den von der Änderung betroffenen Teil oder in seiner Gesamtheit auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, mittels eingeschriebenem Brief (LSI) gesandt werden und beim Versicherer spätestens am 31. Dezember eintreffen.
3. Unterlässt der Versicherte die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung des Vertrages.

Art. 19 Mahnung, Betreibungsankündigung und Betreuung

1. Werden die Prämie oder die Prämienanzahlungen nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
2. Für Unfälle und ihre Folgen, die während der Einstellung der Leistungspflicht bestanden haben oder aufgetreten sind, kann der Versicherte keine Leistungen geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.
3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherten ein, können Verwaltungskosten sowie Kosten für die Eröffnung gefordert werden.

E. Schadenfall

Art. 20 Meldepflicht

Der Versicherte hat dem Versicherer unverzüglich jeden Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, schriftlich mitzuteilen. Stirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, obliegt diese Pflicht den anspruchsberechtigten Hinterlassenen.

Art. 21 Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

Bei unentschuldbarer, verspäteter Unfallmeldung des Versicherten oder seiner Hinterlassenen kann der Versicherer einzelne oder alle Leistungen für die Dauer der Verspätung kürzen; bei absichtlich falscher Unfallmeldung kann er diese generell um die Hälfte kürzen oder ganz verweigern.

F. Vertragsdauer

Art. 22 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police angegebenen Datum und endet bei Ablauf der Police.
2. Er endet bei Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt (ausser Fürstentum Liechtenstein).
3. Rückfälle werden innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach dem Eintritt des im Rahmen des

vorliegenden Vertrages versicherten Unfalls berücksichtigt, insofern die Police zum Zeitpunkt des Rückfalls in Kraft war.

Art. 23 Vertragsdauer und Kündigung

1. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Vertragsende gekündigt wird.
2. Um rechtsgültig zu werden, muss die Kündigung dem Versicherer oder dem Versicherten spätestens an dem Tag zugehen, der dem Beginn der Dreimonatsfrist vorausgeht.
3. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne weiteres am festgesetzten Endtermin.
4. Nach jedem Schadenfall, für welchen der Versicherer eine Leistung zu erbringen hat, ist der Versicherte berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherte vom Vertrag zurück, so erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer. Dieser behält seine Ansprüche auf die Bezahlung der Prämie für die laufende Versicherungsperiode.
5. Jede Kündigung muss per Einschreibebrief erfolgen (LSI).

Art. 24 Änderung der versicherten Gefahr

- a. Gefahrserhöhung
Tritt eine erhebliche Änderung ein (z.B. Änderung der Art des Betriebes oder des versicherten Berufes) und wird dadurch eine wesentliche Gefahrserhöhung herbeigeführt, hat der Versicherte dies dem Versicherer sofort schriftlich mitzuteilen.
Unterlässt der Versicherte diese Mitteilung, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden.
Insoweit der Versicherte seiner Meldepflicht nachgekommen ist, ist die erhöhte Gefahr gedeckt. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, innert 14 Tagen nach Eingang der Anzeige, den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung tritt zwei Wochen nach deren Eröffnung in Kraft.
Eine allfällige Mehrprämie ist vom Eintritt der Gefahrserhöhung an geschuldet.
- b. Übernahme eines anderen Betriebes
Übernimmt der Versicherte anstelle des bisherigen aufgegebenen Betriebes während des Jahres einen anderen gleichartigen Betrieb, hat dies keinen Einfluss auf den Fortbestand der Versi-

cherung. Der Versicherte ist jedoch verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel zwecks Anpassung des Vertrages an die neuen Verhältnisse unverzüglich zu melden.

G. Schlussbestimmungen

Art. 25 Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren zwei Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 26 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Verwaltungssitz des Versicherers in Martigny zu richten.
2. Die Mitteilungen, die der Versicherer zu machen hat, erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 27 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus dieser Versicherung sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherten bzw. dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Sitz bzw. Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnort der Versicherte bzw. Anspruchsberechtigte im Ausland, so ist der Sitz des Versicherers ausschliesslicher Gerichtsstand.

Art. 28 Bezugstext

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Allgemeinen Bedingungen massgebend.

Tabelle A

Globalversicherung: volle Unfaldeckung

Zusatzversicherungen: Anteil der vom zuständigen Versicherer nicht übernommenen Kosten

1. Heilungskosten	
Ambulante Behandlungen	ärztliche Behandlung - freie Wahl des Leistungserbringers
Medikamente und Analysen	vom Leistungserbringer verschrieben
Spitallaufenthalt	ärztliche Behandlung, Unterkunft und Pension (Halb- und Privatabteilung) in den anerkannten Spitälern
Kur- und Erholungsaufenthalte	vom Arzt verschriebene medizinische Behandlung Unterkunft- und Pensionskosten: Fr. 200.– pro Tag, maximal 30 Tage pro Aufenthalt und 120 Tage pro Unfall
Alternative Medizin	Fr. 70.– pro Sitzung, maximal Fr. 1'000.– pro Jahr
Abzüge bei den Unterhaltskosten	die vom UVG-Versicherer oder vom schweizerischen Militärversicherer vorgenommen wurden
Hilfsmittel	Kosten der Erstanschaffung - Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert)
Haushaltshilfe	Fr. 50.– pro Tag, maximal 120 Tage pro Fall, falls die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit mindestens 50% beträgt
Hauspflege	auf ärztliche Verschreibung vom Krankenpflegepersonal erbracht
Transportkosten	die bis zum Behandlungsort notwendigen Kosten
Bergung und Überführung der Leiche	die bis zum Bestattungsort notwendigen Kosten
Suchaktionen	maximal Fr. 20'000.– pro Versicherten
Entschädigung für diverse Nachteile	Fr. 400.– bis Fr. 1'000.– je nach den notwendigen medizinischen Kosten
Dauer	maximal 5 Jahre nach dem ersten Tag seit dem Unfall
2. Spitaltaggeld	
Betrag	Fr. 10.–, 20.–, 50.–, 100.–, 150.– oder 200.– pro Tag
Dauer	Spitallaufenthalt: maximal 360 Tage innerhalb von 5 Jahren Kuren und Erholungsaufenthalte: 30 Tage pro Aufenthalt, maximal 120 Tage innerhalb von 5 Jahren
Hauspflege zur Vermeidung eines Spitalaufenthalt	50% der vereinbarten Entschädigung, maximal 200 Tage pro Unfall
3. Taggeld	
Betrag	fest vereinbartes Taggeld oder % des Gehalts, maximal versicherbares Einkommen, Fr. 300'000.– pro Jahr
Wartezeiten	Zwischen 0 und 180 Tagen
Dauer	Maximal 720 Tage über einen Zeitraum von 5 Jahren pro Unfall
4. Invalidität	
Kapital	Je nach vereinbarter Versicherungssumme
Progressionsvarianten	3 Varianten: ohne Progression, 225% oder 350%
Versicherter, der das Rentenalter erreicht hat	Maximal Fr. 100'000.– (Variante ohne Progression)
Entstellungsschäden	10% oder 5% der Versicherungssumme je nach Schaden, maximal Fr. 20'000.–
Kosten für die Wiedereingliederung in einen anderen Beruf	angemessene Kosten, maximal Fr. 20'000.–
5. Todesfall	
Kapital	Je nach vereinbarter Versicherungssumme
Bestattungskosten	10% der vereinbarten Versicherungssumme bei Fehlen von gesetzlichen Erben maximal Fr. 10'000.–
Versicherter, der das Rentenalter erreicht hat	Fr. 30'000.–