

Allgemeine Bedingungen der individuellen Unfallversicherung SafetyPro

Ausgabe 01.03.2023

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1** Rechtliche Grundlagen des Vertrags
- Art. 2** Zweck der Versicherung
- Art. 3** Versicherte Personen
- Art. 4** Örtlicher Geltungsbereich

B. Umfang der Versicherung

- Art. 5** Beginn und Ende des Vertrags
- Art. 6** Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- Art. 7** Kündigung im Schadenfall

C. Leistungen

- Art. 8** Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)
- Art. 9** Taggeld bei Spitalaufenthalt
- Art. 10** Taggeld
- Art. 11** Invalidität
- Art. 12** Todesfallkapital
- Art. 13** Leistungen im AHV-Alter

- Art. 14** Versicherungsausschlüsse

- Art. 15** Reduktion der Leistungen bei Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren oder Wagnissen
- Art. 16** Regress gegen haftpflichtige Dritte

D. Prämien

- Art. 17** Prämienberechnung
- Art. 18** Prämienzahlung
- Art. 19** Prämienanpassungen

E. Verschiedene Pflichten und Bestimmungen

- Art. 20** Pflichten des Versicherten
- Art. 21** Änderung der versicherten Gefahr
- Art. 22** Abtretung und Verpfändung der Leistungen
- Art. 23** Verrechnung
- Art. 24** Anpassung der Versicherungsbedingungen
- Art. 25** Mitteilungen
- Art. 26** Erfüllungsort und Gerichtsstand
- Art. 27** Datenschutz

Das risikotragende Versicherungsunternehmen ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachstehend Versicherer genannt.

A. Allgemeines

Art. 1 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

1. diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
2. den Erklärungen im Antrag und den zusätzlichen Erklärungen des Versicherten
3. dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
4. dem Datenschutzgesetz (DSG)
5. Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) ist analog anwendbar, wenn dies in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen vorgesehen ist.
6. dem Obligationenrecht (OR)

Art. 2 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung deckt Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten gemäss Definitionen des UVG und dem in der Police festgelegten Versicherungsschutz.
2. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers

ist, dass der Unfall, die Körperschädigung oder die letzte vor dem Ausbruch der Berufskrankheit erfolgte Gefährdung während der Gültigkeitsdauer des Vertrags erfolgte.

3. Bei bestimmten, spezifisch gemäss UVG vorgesehenen Berufskrankheiten werden die Leistungen gemäss diesem Gesetz berechnet. Es wird jedoch nur der Anteil der Dauer der Gefährdung während des Deckungszeitraums dieser Police im Vergleich zur Gesamtdauer der Gefährdung berücksichtigt.

Art. 3 Versicherte Personen

1. Jede in der Schweiz wohnhafte Person, die das 15. Altersjahr vollendet, aber noch nicht das AHV-Alter erreicht hat, kann SafetyPro beitreten.
2. Freier Übertritt
 - a. Der Übertritt in diese Einzelversicherung einer Person, die aus einer beim Versicherer abgeschlossenen kollektiven Unfallzusatzversicherung zum UVG austritt, ist unter Vorbehalt der Bedingungen dieser kollektiven Versicherung möglich.
 - b. Im Rahmen eines freien Übertritts können Grenzgänger, die einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachgehen, ebenfalls den Beitritt beantragen.

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

B. Umfang der Versicherung

Art. 5 Beginn und Ende des Vertrags

1. Vertragsbeginn

Die Police enthält sowohl Vertragsbeginn als auch Vertragsende. Letzteres ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.

2. Stillschweigende Verlängerung des Vertrags

Geht bis spätestens 30. September des Kalenderjahres keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei dessen Ablauf stillschweigend jeweils um ein Jahr.

3. Vertragsende für alle Deckungen

- bei Kündigung durch den Versicherten oder den Versicherer
- bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 18 dieser AVB
- bei Verlegung des Wohnsitzes des Versicherten ins Ausland, ausser bei Grenzgängern, die einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachgehen und über einen freien Übertritt gemäss Art. 3 Abs. 2 Bst. b dieser AVB verfügen

4. Ende des Vertrags für den Taggeld-Versicherungsschutz

- bei Vertragsende gemäss Absatz 3
- bei Einstellung der Erwerbstätigkeit
- am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Alter erreicht
- wenn ein Versicherter mit Wohnsitz im Ausland kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz mehr nachweist

Art. 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Inkrafttreten der Police.
- Der Versicherungsschutz endet in einem der folgenden Fälle:
 - bei Vertragsende gemäss Art. 5 Abs. 3 und 4 dieser AVB
 - mit dem Ruhen des Vertrags

Art. 7 Kündigung im Schadenfall

- Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, 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, erlischt die Versicherung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer. Letzterer behält sein Recht auf Prämienzahlung für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb des Jahres nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes kündigt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.

- Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu.

C. Leistungen

Art. 8 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

A. Leistungsanspruch

Sind die Heilungskosten versichert, übernimmt der Versicherer entsprechend der gewählten Variante den von der UVG-Versicherung bzw. von der Krankenversicherung (KVG) nicht gedeckten Teil der nachfolgend aufgeführten Kosten.

Der Versicherer übernimmt die Kosten für Behandlungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Die Kostenübernahme beginnt am Tag des Unfalls und dauert höchstens fünf Jahre ab diesem Datum.

Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

1. Medizinische Behandlung

Die Pflegeleistungen und Behandlungen, die von anerkannten medizinischen Fachkräften durchgeführt werden. Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten medizinischen Fachpersonen zur Verfügung.

2. Medikamente

Die Kosten für notwendige, von einem Arzt verordnete oder abgegebene Medikamente, mit Ausnahme pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Spitalaufenthalt

a. Deckung

Im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife für die in der Police festgelegte Versicherungsvariante:

- Hotellerie-Service betreffend Unterkunft und Verpflegung
- Anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
- Behandlung der Patienten im Spital
- Honorare der Ärzte
- Honorare von Ärzten, die selbstständig medizinische Leistungen im Spital erbringen (Belegärzte).

b. Anerkannte Einrichtungen

Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Spitaleinrichtungen, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Einrichtungen haben mit dem Versicherer einen Tarifvertrag für die entsprechenden Abteilungen abgeschlossen.

Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten Einrichtungen zur Verfügung.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob die Einrichtung, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

Wird ein Versicherter in einer nicht anerkannten Einrichtung stationär behandelt, werden ihm in der halbprivaten Abteilung CHF 800.– pro Tag und in der privaten Abteilung CHF 1000.– pro Tag entrichtet.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Honorarleistungen von Belegärzten, die keinen Tarifvertrag mit dem Versicherer haben, zu verweigern oder zu beschränken.

c. Abzug für Unterhaltskosten

Der durch den UVG-Versicherer vorgenommene Abzug für Unterhaltskosten bei einem Spitalaufenthalt ist ebenfalls versichert.

4. Kur- und Erholungsaufenthalte

Die Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Kur- oder Erholungseinrichtung. Die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt und die Unterkunft werden bis zu CHF 200.– pro Tag und für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt vergütet, bei einer Höchstdauer von 120 Tagen pro Fall. Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten Einrichtungen zur Verfügung.

5. Alternativmedizin

Der für die Heilbehandlungen vorgesehene Betrag, soweit die Behandlung von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt wird, bis zu CHF 100.– pro Sitzung, höchstens CHF 2500.– pro Fall. Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten Leistungserbringer zur Verfügung.

Liste der Heilbehandlungen:

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Farbtherapie, Ernährungsberatung, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Darmspülung, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Moratherapie, Naturheilverfahren, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, Sympathikotherapie, Schröpfen

Manuelle Therapien

Akupressur, Lymphdrainage, Etiopathie, Fascialtherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, Massagen, Anthroposophische Medizin, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, autogenes Training

Andere

Biodynamik, Eurythmie, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

6. Hilfsmittel

Die Kosten für die Erstanschaffung oder die Miete von medizinisch verordneten Hilfsmitteln, die dazu dienen, eine körperliche Schädigung, eine Einschränkung oder den Verlust einer Funktion auszugleichen (Prothesen, Brillen, Hörgeräte und orthopädische Hilfsmittel) gemäss der vom Versicherer zur Verfügung gestellten Liste.

Die Reparaturkosten oder den Ersatz (Neuwert) von Gegenständen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, sofern diese bei einem versicherten

Unfall, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden.

7. Haushaltshilfe und Pflege zuhause

Der Versicherte hat Anspruch auf ärztlich verordnete Pflege zuhause.

Haushaltshilfe wird gewährt, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ärztlich bestätigt wird und sie von einer Person erbracht wird, die diese Tätigkeit beruflich auf eigene Rechnung oder auf Rechnung eines Unternehmens oder einer Organisation ausübt.

Die Leistungen für Haushaltshilfe und Pflege zuhause sind auf CHF 100.– pro Tag und höchstens CHF 6000.– pro Fall beschränkt.

8. Kinderbetreuung

Der Versicherte hat Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck erfolgt.

Die Kinderbetreuung ist im Rahmen der nachstehend vorgesehenen Limiten gedeckt, sofern sie dem Versicherten zusätzliche Kosten verursacht und solange er eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% nachweist.

Die Leistungen für die Kinderbetreuung sind auf CHF 150.– pro Tag und höchstens CHF 6000.– pro Fall beschränkt.

9. Transportkosten

Die medizinisch notwendigen Kosten für den Transport des Versicherten zum Behandlungsort. Der Lufttransport wird übernommen, sofern er 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

Der Versicherer vergütet in Ergänzung zur UVG-Versicherung oder zur KVG-Versicherung die notwendigen Kosten für Suchaktionen zur Rettung des Versicherten bis höchstens CHF 100 000.– pro Fall.

B. Leistungserbringer

Der Versicherer kann Listen der anerkannten oder ausgeschlossenen Leistungserbringer zur Verfügung stellen. Diese können jederzeit angepasst werden. Sie stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage abgegeben.

Es sind die Listen massgebend, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig sind.

Dem Versicherungsnehmer steht bei einer Anpassung der Listen kein Kündigungsrecht zu.

C. Leistungen Dritter

Falls die Heilungskosten gemäss diesem Artikel durch eine andere schweizerische oder ausländische Sozialversicherung geschuldet sind, ergänzt der Versicherer seine Leistungen maximal bis zur Höhe der entstandenen Behandlungskosten.

D. Überentschädigung

Falls die Heilungskosten von mehreren Versicherern gedeckt sind, darf der Gesamtbetrag der Leistungen die tat-

sächlich aus dem Unfall entstandenen Kosten nicht übersteigen. Der Versicherer vergütet die bei ihm versicherten Leistungen lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

Art. 9 Taggeld bei Spitalaufenthalt

1. Leistungsanspruch

Der Versicherer bezahlt das in der Police vereinbarte Spitaltaggeld bei einem Aufenthalt in einer Spital- oder Kureinrichtung, sofern dieser medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.

Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn eine medizinische Behandlung durchgeführt wird, die den Gesundheitszustand verbessert oder eine ungünstige Entwicklung desselben verhindert.

Der Aufenthalt in einer ärztlich kontrollierten Kureinrichtung ist ausserdem nur gedeckt, wenn der Versicherte vor Beginn der Kur in ärztlicher Behandlung war.

Falls durch ärztlich angeordnete Pflegeleistungen zuhause ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann, vergütet der Versicherer dem Versicherten ein Taggeld, das der Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt entspricht.

2. Leistungsdauer

Das Taggeld bei Spitalaufenthalt wird ab dem Unfalltag bezahlt:

- für Spitalaufenthalte während höchstens 360 Tagen pro Fall
- für Kur- und Erholungsaufenthalte, während höchstens 30 Tagen pro Aufenthalt und maximal 120 Tagen für denselben Fall
- bei Pflegeleistungen zuhause wird die Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt während höchstens 200 Pflagetagen pro Fall erbracht.

3. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

Art. 10 Taggeld

1. Leistungsanspruch

Der Versicherer bezahlt für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit des Versicherten das in der Police vereinbarte Taggeld. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist ausgerichtet.

Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses bezahlt der Versicherer dem Versicherten das Taggeld bis zu dem vom Arzt auf dem Zeugnis angegebenen Datum, jedoch längstens bis zum Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

2. Leistungsdauer

Das Taggeld wird pro Unfall während 730 Tagen in einem Zeitraum von fünf Jahren ab dem Tag des Unfalls ausbezahlt, jedoch in jedem Fall höchstens bis zur Auszahlung einer Invaliditätsleistung gemäss Art. 11 dieser AVB.

3. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird während der unter

vorherigem Absatz aufgeführten Dauer ein im Verhältnis zum Grad der Arbeitsunfähigkeit gekürztes Taggeld entrichtet.

Die Tage einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist sowie der Leistungsdauer als ganze Tage gezählt.

4. Leistungen Dritter

Sind auch schweizerische oder ausländische Sozialversicherungen leistungspflichtig, wird der von diesen Sozialversicherungen vergütete Betrag von den geschuldeten Taggeldleistungen abgezogen, dies im Rahmen der in der Versicherungspolice festgelegten Leistungen.

5. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

Art. 11 Invalidität

Sofern in der Police aufgeführt, zahlt der Versicherer je nach vereinbarter Deckung:

- ein Invaliditätskapital (gemäss Ziff. 1 Bst. c nachfolgend) und/oder
- die Kosten für Schönheitsoperationen (gemäss Ziff. 2 nachfolgend) und/oder
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung (gemäss Ziff. 3 nachfolgend)

1. Kapitaleleistungen:

a. Leistungsanspruch

Das Invaliditätskapital wird ausbezahlt, sobald eine bleibende Invalidität feststellbar ist, unter Vorbehalt von Artikel 13 dieser AVB.

b. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird gemäss der Skala zur Bemessung der Integritätsschäden in Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sowie den Suva-Tabellen festgelegt.

Bei teilweisem Verlust oder bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird der Prozentsatz proportional gekürzt. 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 durch denselben Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die einzelnen Prozentsätze gewichtet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen.

c. Bemessung des Kapitals

Das Invaliditätskapital wird aufgrund des Invaliditätsgrades, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Progressionsvariante berechnet.

Wenn der Versicherte vor dem Unfall bereits invalid war, bezahlt der Versicherer ein Kapital im Verhältnis zum Invaliditätsgrad, der in direktem Zusammenhang mit dem Unfall steht.

d. Progressionsvarianten

Ist eine Invaliditätsversicherung mit Progression vereinbart, wird das Invaliditätskapital gemäss der gewählten Progressionsvariante und der nachfolgenden Tabelle berechnet.

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditätsgrad	Entschädigung ohne Progr.	nach Variante	
		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
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

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditätsgrad	Entschädigung ohne Progr.	nach Variante	
		A	B
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
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

e. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

2. Ästhetischer Schaden

Falls der Unfall einen schwerwiegenden und dauerhaften ästhetischen Schaden verursacht hat, der keinen Anspruch auf ein Invaliditätskapital gemäss oben genanntem Buchstaben a ergibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten mit grosser Sicherheit beeinträchtigen könnte, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von:

- 10% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Verletzung das Gesicht betrifft
- 5% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Verletzung andere Körperteile betrifft

Die Entschädigung für solche Schäden ist auf CHF 20000.- pro Fall beschränkt. Dieser Versicherungs-

schutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

3. Kosten für die berufliche Wiedereingliederung

Falls infolge desselben Unfalls eine Wiedereingliederung in einen neuen Beruf notwendig wird, übernimmt der Versicherer zusätzlich zu den unter Ziffern 1 und 2 genannten Leistungen die dafür anfallenden angemessenen Kosten, sofern diese nicht durch andere Versicherer gedeckt werden, höchstens jedoch CHF 20 000.– pro Fall. Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 12 Todesfallkapital

1. Leistungsanspruch

Stirbt der Versicherte an den Folgen eines Unfalls, zahlt der Versicherer den Begünstigten das in der Police vereinbarte Todesfallkapital unter Vorbehalt von Art. 13 dieser AVB in folgender Reihenfolge aus:

a. Dem überlebenden Ehepartner oder dem überlebenden eingetragenen Partner. Wurde die Ehe oder eingetragene Partnerschaft nach dem Unfall geschlossen, besteht der Anspruch nur dann, wenn das Ehe- oder Partnerschaftsversprechen vor dem Unfall veröffentlicht wurde oder wenn die Ehe oder Partnerschaft zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten mindestens zwei Jahre bestanden hat.

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

Gleichgestellt sind auch Kinder, für deren Unterhalts- und Erziehungskosten der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls unentgeltlich und dauernd aufgekommen ist.

c. Bei deren Fehlen der nicht verheirateten und nicht eingetragenen natürlichen Person, die nicht mit der verstorbenen Person verwandt ist (auch gleichgeschlechtlich) und mit ihr in den letzten fünf Jahren bis zum Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat

d. Andere Hinterlassene

Sind keine der unter Bst. a, b und c genannten Hinterlassenen vorhanden, so fällt das Kapital an:

– die Kinder der versicherten Person, die die Kriterien von Bst. b nicht erfüllen,

– bei deren Fehlen an die natürlichen Personen, die die versicherte Person in einem Testament oder einer notariellen Urkunde als Begünstigte dieses Kapitals bestimmt hat,

– bei deren Fehlen an die Eltern der versicherten Person,

– bei deren Fehlen an die Geschwister der versicherten Person.

e. Keine Hinterlassenen

– Sind keine der aufgeführten Hinterlassenen vorhanden, bezahlt der Versicherer nur den Teil der Bestattungskosten, der nicht von einem anderen Versicherer übernommen wird, dies bis zur Höhe des Todesfallkapitals, maximal jedoch CHF 20 000.–.

2. Kumulierung der Leistungen

Allfällige Leistungen für Invalidität (vgl. Art. 11 dieser AVB), die für die Folgen desselben Unfalls bereits bezahlt wurden, werden von den Todesfalleistungen abgezogen.

3. Verschulden eines Hinterlassenen

Geldleistungen für Angehörige oder Hinterlassene des Versicherten werden gekürzt oder verweigert, wenn diese den Eintritt des Versicherungsfalles vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt haben.

4. Versicherungsart

Mit Ausnahme der Bestattungskosten (Schadenversicherung) ist der Versicherungsschutz als Summenversicherung ausgestaltet.

Art. 13 Leistungen im AHV-Alter

1. Wenn der Versicherte das AHV-Rentenalter erreicht, sind die Versicherungssummen wie folgt begrenzt:

- Spitaltaggeld von CHF 20.– pro Tag
- im Todesfall CHF 30 000.–
- bei Invalidität CHF 100 000.– (Variante ohne Progression).

Diese Beschränkungen gelten für Unfälle, die nach dem Ende des Jahres auftreten, in dem der Versicherte das AHV-Rentenalter erreichte.

2. Der Taggeld-Versicherungsschutz sowie der sich daraus ergebende Leistungsanspruch für einen eventuell laufenden Fall erlöschen am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Rentenalter erreicht.

Art. 14 Versicherungsausschlüsse

1. Bei Berufs- und Nichtberufsunfällen, die nicht unter das UVG fallen oder fallen würden, wird keine Versicherungsleistung entrichtet (Ablehnung der Leistungen).

2. Nicht versichert sind unter anderem:

- Fälle von Anzeigepflichtverletzung
- Fälle von Versicherungsbetrug oder der Versuch dazu
- vorsätzlich herbeigeführte Schäden
- vom Versicherten bei der Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführte Unfälle
- Unfälle infolge Erdbeben
- die Folgen von Kriegereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte wurde in dem Land, in dem er sich aufhält, von den Ereignissen überrascht und der Unfall ereignet sich innerhalb von 14 Tagen nach deren Beginn
- Unfälle im ausländischen Militärdienst
- Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und Verbrechen
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung aller Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Folgen von ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

Art. 15 Reduktion der Leistungen bei Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren oder Wagnissen

1. Bei allen durch diesen Vertrag versicherten Unfällen, die auf grobe Fahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse im Sinn des Unfallversicherungsgesetzes UVG zurückzuführen sind, verzichtet der Versicherer auf eine Leistungskürzung.
2. Art. 14 dieser AVB bleibt vorbehalten.

Art. 16 Regress gegen haftpflichtige Dritte

Bei Eintritt des Schadenfalls tritt der Versicherer für Leistungen, die als Schadenversicherung versichert sind, bis zur Höhe der vereinbarten Leistungen gegenüber haftpflichtigen Dritten in die Ansprüche des Versicherten ein.

D. Prämien

Art. 17 Prämienberechnung

1. Die Berechnung der Prämie basiert auf den versicherten Beträgen, der Altersklasse und dem Tätigkeitsbereich des Versicherten.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt.
3. Die massgebenden Altersklassen sind:
 - 15 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
4. Die Anpassung der Prämie beim Wechsel in eine höhere Altersklasse gilt als angenommen, wenn vor Ende des Kalenderjahres keine Kündigungsmitteilung beim Versicherer eingeht.
5. Die Prämienätze können beim Inkrafttreten neuer Umstände angepasst werden (z. B. bei der Änderung der Tätigkeit des Versicherten). Bei einer Erhöhung der Prämienätze kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht innerhalb von 30 Tagen ab Mitteilung geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer). Erfolgt keine Kündigung durch den Versicherungsnehmer, gelten die Prämienanpassungen als von ihm angenommen.

Art. 18 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherte.
2. Die Prämie ist am in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar.
3. Werden die Prämien nicht fristgerecht bezahlt, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu begleichen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die ausstehende Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.

4. Leitet der Versicherer innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist kein Betreibungsverfahren für die Zahlung der rückständigen Prämie samt Gebühren ein, gilt der Vertrag als beendet.
5. Während dem Unterbruch des Versicherungsschutzes:
 - sind eingetretene Schadenfälle nicht gedeckt.
 - ruht die Leistungspflicht für laufende Schadenfälle ab dem Ablaufdatum der Mahnfrist. Die Auszahlung wird ab dem Datum wieder aufgenommen, an dem die Prämienrückstände und Kosten bezahlt wurden. In diesem Fall werden die Tage der Arbeitsunfähigkeit der laufenden Schadenfälle an die Leistungsdauer angerechnet.
6. Die Fakturierungsperiode der Prämien beträgt mindestens einen Monat, mit Ausnahme des Monats, in dem der Vertrag beginnt oder endet.

Art. 19 Prämienanpassungen

1. Die Prämien bezüglich einer oder mehrerer versicherter Leistungen (Art. 8 bis 12 dieser AVB) können jährlich angepasst werden.
2. Die Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
3. Der Versicherer informiert den Versicherten spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die neuen Bestimmungen. Ist der Versicherte mit der Vertragsänderung nicht einverstanden, kann er den gesamten oder einen Teil des Vertrags auf Ende des laufenden Jahres kündigen.
4. Trifft vor Ende des Jahres keine Kündigungsmeldung beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.

E. Verschiedene Pflichten und Bestimmungen

Art. 20 Pflichten des Versicherten

1. Der Versicherte muss den Versicherer unverzüglich über jeden Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, benachrichtigen. Stirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, müssen die anspruchsberechtigten Hinterlassenen dieser Meldepflicht nachkommen.
2. Der Versicherte verpflichtet sich, dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Arztzeugnisse, Arztberichte usw.).
3. Der Versicherte muss dem Versicherer jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch melden (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter u. a.).
4. Der Versicherte muss dem Versicherer alle massgeblichen Dokumente liefern, einschliesslich einer Vollmacht, die den Versicherer berechtigt, Informationen von Dritten einzuholen, damit der Versicherer die Forderung prüfen kann. Andernfalls verliert er den Anspruch auf Leistungen.
5. Der Versicherte entbindet das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.

6. Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte usw.) verpflichtet. Er hat insbesondere die Anweisungen des Versicherers zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Wenn der Versicherte ohne triftigen Grund nicht zur medizinischen Begutachtung erscheint, behält sich der Versicherer das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen zu verlangen sowie das Honorar der nicht eingehaltenen Konsultation in Rechnung zu stellen.
7. Der Versicherte hat ab Beginn seiner Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und seinen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles, was seiner Genesung schaden oder seine Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.
8. Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob die Einrichtung, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.
9. Der Versicherte ist verpflichtet, spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen.
10. Der Versicherte unterliegt der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungseinrichtungen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung u. a.) verpflichtet.
11. Der Versicherte lässt sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln oder beteiligt sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Erwerbsmöglichkeit geschaffen werden kann.
12. Der Versicherte hat den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung (Änderung versicherten Berufs) zu informieren.
13. Bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu gehen die Kosten für die Untersuchungen im Rahmen der Unfähigkeit des Versicherten sowie die Kosten für die Dossierbearbeitung zulasten des Versicherten.
14. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gehen können.
15. Wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und auf den Leistungsumfang hat, entfallen die Sanktionen.

Art. 21 Änderung der versicherten Gefahr

1. Tritt eine wichtige Veränderung ein (z. B. Änderung der Tätigkeit oder des versicherten Berufs) und wird dadurch eine Gefahrerhöhung herbeigeführt, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer sofort mitzuteilen. Unterlässt er diese Mitteilung, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.
2. Insoweit der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht nachgekommen ist, ist die erhöhte Gefahr gedeckt. Der

Versicherer ist jedoch berechtigt, den Vertrag innert 14 Tagen nach Eingang der Mitteilung des Versicherungsnehmers zu kündigen. In diesem Fall erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Mitteilung der Kündigung des Versicherers.

3. Ein allfälliger Prämienzuschlag ist vom Eintritt der Gefahrerhöhung an geschuldet.

Art. 22 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Ohne die Zustimmung des Versicherers kann der Versicherte seine Forderung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 23 Verrechnung

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherten verrechnen.
2. Der Versicherte hat kein Recht, dem Versicherer gegenüber etwas zu verrechnen.

Art. 24 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, diese AVB anzupassen.
2. Die neuen Bedingungen gelten für die Versicherungsnehmer und den Versicherer, wenn sie während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen keine Kündigungsmittteilung beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.
4. Ausgenommen vom Kündigungsrecht sind Anpassungen der Versicherungsbedingungen, die keine Nachteile für den Versicherten zur Folge haben.

Art. 25 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind, oder über jegliches andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel, das den Nachweis durch Text ermöglicht. Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer angegeben hat. Diese Mitteilungen können schriftlich oder über jegliches andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel, das den Nachweis durch Text ermöglicht, übermittelt werden.
3. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn ein Versicherter das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann er den Versicherer schriftlich oder über jegliches andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel entsprechend informieren. In diesem Fall ist der Versicherer von jeglicher Haftung für die veröffentlichten Mitteilungen befreit. Die Mitteilungen

können auch auf der Webseite des Versicherers und in einem Dokument erfolgen, das dem jährlichen Versand der Versicherungspolice beigelegt ist.

Art. 26 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Die Pflichten gemäss Vertrag müssen in der Schweiz und in Schweizer Franken erfüllt werden.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers oder am schweizerischen Arbeitsort für den im Ausland wohnhaften Versicherten zur Verfügung.

Art. 27 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Ihr Versicherer, die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, hat die Bearbeitung der persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend betroffene Personen) an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel) übertragen.

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG und die Groupe Mutuel Services AG sind Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG. Sie unterstehen dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

Als persönliche Daten gelten insbesondere Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem DSG), dem zwischen der Groupe Mutuel und dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Vertrag, dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen im Sinn des DSG.

Zweckbestimmung

Die persönlichen und sensiblen Daten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die angebotenen Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Ter-

rorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheidungen, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Website der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.