

Kollektive UVG-Zusatzversicherung

Ausgabe 01.08.2016

Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Das vorliegende Dokument für Kunden informiert klar und prägnant über die Identität des Versicherers und gibt einen Überblick über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags (gemäss Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG).

Wer ist der Versicherer?

Vertragspartner ist die Mutuel Versicherungen AG (nachfolgend Versicherer) mit Sitz an der Rue des Cèdres 5, Postfach, CH-1919 Martigny.

Welche Risiken deckt die Versicherung?

Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen, d. h. Unfälle gemäss der Definition im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), die der Versicherte bei der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit erleidet. Alle anderen Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle und sind ebenfalls integraler Bestandteil der Versicherungsdeckung.

Die Versicherung deckt auch Berufskrankheiten. Als Berufskrankheiten gelten diejenigen im Sinn des UVG. Sie sind ab dem Tag, an dem sie ausgebrochen sind, bzw. sobald sich der Versicherte zum ersten Mal einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss oder arbeitsunfähig ist, den Berufsunfällen gleichgestellt.

Welche Leistungen werden von der Versicherung übernommen?

Die Versicherungsdeckung kann folgende Leistungen umfassen:

- Behandlungskosten gemäss der gewählten Variante
- Taggeld bei Spitalaufenthalt
- Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit
- Taggeld bei Rückfällen oder Spätfolgen von nicht gedeckten Unfällen
- Taggeld im Todesfall gemäss dem Leistungsanspruch nach UVG und den Bestimmungen von Artikel 338 OR
- bei Invalidität: Invaliditätskapital und/oder Kosten für ästhetische Chirurgie und/oder Kosten für die berufliche Wiedereingliederung
- Todesfallkapital
- Leistungen in Form einer UVG-Überschussrente
- Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung

Der detaillierte Leistungsumfang sowie die Einschränkungen sind in der Police und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehalten.

Welche Prämiensätze sind anwendbar?

Die Prämiensätze hängen von den versicherten Leistungen ab. Die Prämie wird auf der Grundlage der Prämiensätze und der vom Arbeitgeber gemeldeten Löhne berechnet.

Wer ist der Versicherungsnehmer und wer sind die versicherten Personen?

Der Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

Die versicherten Personen sind insbesondere:

- die Arbeitnehmer
- der Inhaber eines Einzelunternehmens sowie seine Familienmitglieder, wenn diese namentlich in der Police erwähnt sind
- die Gesellschafter, wenn diese in der Police erwähnt sind

Versicherungspolice:

In der Versicherungspolice sind insbesondere die versicherten Personen, der maximal versicherte Lohn, die versicherten Leistungen und allfällige besondere Bedingungen aufgeführt.

Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

Die Pflichten des Versicherungsnehmers sind in der Versicherungspolice und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Der Versicherungsnehmer ist insbesondere verpflichtet, die versicherten Personen über den Inhalt, die Änderungen und die Kündigung dieses Vertrags zu informieren. Ausserdem muss der Versicherungsnehmer die versicherten Personen über die Möglichkeit informieren, die Versicherungsdeckung bei einem Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Vertragsende beizubehalten.

Der Versicherungsnehmer muss zudem folgende Pflichten erfüllen:

- den Versicherer unverzüglich benachrichtigen, wenn er erfährt, dass ein versicherter Mitarbeiter Opfer eines Unfalls wurde, der eine ärztliche Behandlung erfordert, zu einer Arbeitsunfähigkeit führt oder den Tod zur Folge hatte
- dem Versicherer umgehend mitteilen, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeitsunfähigen Versicherten endet

- dem Versicherer die Lohnsummendeklaration für die definitive Prämienabrechnung und, auf Anfrage, die AHV-Abrechnungen der versicherten Personen vorlegen
- den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die der AHV-Ausgleichskasse abgegebenen Dokumente einzusehen
- alle Unterlagen löschen liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung informieren (Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufs)

Die detaillierten Pflichten des Versicherungsnehmers sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte muss folgende Pflichten erfüllen:

- seinem Arbeitgeber oder dem Versicherer unverzüglich jeden Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, mitteilen. Stirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, haben die anspruchsberechtigten Hinterlassenen dieser Meldepflicht nachzukommen
- spätestens 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt konsultieren und dessen Anweisungen befolgen
- mit dem Versicherer und den anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenarbeiten
- alles unternehmen, um den Schaden zu mindern
- während der Arbeitsunfähigkeit für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben
- 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

Die detaillierten Pflichten des Versicherten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

In welchen Fällen kann der Versicherer die Versicherungsleistungen kürzen oder verweigern?

Unter Vorbehalt der Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verzichtet der Versicherer darauf, seine Leistungen für alle in der Police versicherten Unfälle, die auf grobes Verschulden oder Wagnisse gemäss UVG zurückgehen, zu kürzen.

Die Geldleistungen werden analog zum UVG gekürzt:

- bei Unfällen, die bei der Ausübung eines Vergehens herbeigeführt worden sind
- bei Beteiligung an Raufereien oder Schlägereien
- bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
- bei Beteiligung an Unruhen

Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte seine Verpflichtungen nicht einhält
- wenn der Versicherte sich weigert, bei den angeordneten

Massnahmen mitzuwirken oder nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint

- wenn der Versicherte sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können

Die detaillierten Leistungseinschränkungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Wann beginnt der Vertrag?

Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, sobald der Versicherer die Annahme des Antrags mitteilt.

Das Inkrafttreten des Vertrags ist in der Police festgehalten.

Wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Vertrag läuft jeweils am 31. Dezember eines Kalenderjahres ab.

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- schriftlich spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrags gemäss Police
Die Kündigung gilt als rechtzeitig eingegangen, wenn sie spätestens am 30. September beim Versicherer eintrifft. Wenn der Vertrag nicht gekündigt wird, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr
- nach jedem Schadenfall für den eine Leistung erbracht wurde, spätestens aber innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung durch den Versicherer Kenntnis erhalten hat
- wenn der Versicherer die Prämien anpasst. In diesem Fall muss die Kündigung vor Ende des Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen

Die Versicherung endet ausserdem:

- bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens für das versicherte Unternehmen
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird

Wann kann der Versicherer den Vertrag durch Kündigung beenden?

- Geht bis spätestens 30. September des Kalenderjahres keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei Ablauf der Police stillschweigend jeweils um ein Jahr
- wenn der Versicherungsnehmer zulasten des Versicherers unrechtmässigen Nutzen aus der Versicherung gezogen oder zu ziehen versucht hat
- Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm durch das VVG zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu

Hier werden nur die häufigsten Situationen erwähnt, in denen der Vertrag beendet werden kann. Weitere Möglichkeiten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und im VVG aufgeführt.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung beginnt mit dem Inkrafttreten des Vertrags, frühestens am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis oder der Lohnanspruch beginnt, in jedem Fall aber zum Zeitpunkt, da sich der Arbeitnehmer auf den Weg zur Arbeit begibt.

Wann endet der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung endet für jeden Versicherten:

- wenn der Versicherte aus dem Versicherungsvertrag ausscheidet mit dem Tag vor Arbeitsantritt beim neuen Arbeitgeber oder mit der Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, jedoch spätestens mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört. Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags
- mit dem Ende der UVG-Versicherungsdeckung für entsandte Arbeitnehmer

Wie werden die Daten vom Versicherer bearbeitet?

Der Versicherer behandelt die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen, unter anderem Vertrags-, Inkasso- und Schadendaten, mit der notwendigen Vertraulichkeit. Die Weitergabe der Daten an Dritte ist nur in den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmefällen zulässig.

Die Daten von im Ausland verweilenden Personen können auch an Partner im Ausland weitergegeben werden. Zweck der Datenbearbeitung ist insbesondere die Risikoprüfung, die Verwaltung der Police, die Prämienberechnung sowie die Schadenbearbeitung. Der Versicherungsnehmer und die Versicherten ermächtigen den Versicherer sowie seine Beauftragten, die nötigen Daten im Zusammenhang mit ihren Versicherungsverträgen bei den Versicherern und Gesellschaften, die der Groupe Mutuel angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, zu bearbeiten. Diese Daten werden auf Papier und/oder in elektronischer Form aufbewahrt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektive Unfallzusatzversicherung nach UVG

LAACAM06-A2 – Ausgabe 01.08.2016

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1** Zweck der Versicherung
Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags
Art. 3 Definitionen

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4** Versicherungspolice
Art. 5 Versicherte Personen

C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 6** Beginn und Ende des Vertrags
Art. 7 Kündigung nach Schadenfall
Art. 8 Betrügerische Begründung

D. Versicherungsdeckung

- Art. 9** Beginn und Ende der Versicherungsdeckung
Art. 10 Übertritt in die Einzelversicherung
Art. 11 Unbezahlter Urlaub

E. Versicherte Leistungen

- Art. 12** Behandlungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)
Art. 13 Taggeld bei Spitalaufenthalt
Art. 14 Taggeld
Art. 15 Zusätzliche Garantien (früherer Unfall und Todesfallkapital)
Art. 16 Invalidität

- Art. 17** Todesfallkapital
Art. 18 Leistungen in Form einer UVG-Überschussrente
Art. 19 Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung
Art. 20 Anpassung des Leistungsanspruchs im Zeitpunkt des Erreichens des gesetzlichen AHV-Rentenalters
Art. 21 Örtlicher Geltungsbereich
Art. 22 Leistungsausschlüsse
Art. 23 Kürzung und Verweigerung von Leistungen
Art. 24 Regress gegen haftpflichtige Dritte

F. Prämien

- Art. 25** Prämienzahlung
Art. 26 Änderung des Prämientarifs
Art. 27 Definitive Prämienabrechnung
Art. 28 Überschussbeteiligung

G. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 29** Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 30 Pflichten des Versicherten
Art. 31 Änderung der versicherten Gefahr
Art. 32 Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 33 Maklerklausel
Art. 34 Mitteilungen
Art. 35 Erfüllungsort
Art. 36 Gerichtsstand

A. Allgemeines

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Mutuel Versicherungen AG ist der risikotragende Versicherer. Sie versichert gemäss den in der Police aufgeführten Leistungen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten, bei denen die UVG-Versicherung, die Militärversicherung oder die Kollektivunfallversicherung analog zum UVG leistungspflichtig ist.

Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

- den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Zusatzbedingungen oder Besonderen Bedin-

- gungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen und vorvertraglichen Informationen
- den schriftlichen Erklärungen im Antrag und den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers
- dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
- dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet
- Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) ist analog anwendbar, wenn dies in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen vorgesehen ist.

Art. 3 Definitionen

- AHVG: Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung
UVV: Verordnung über die Unfallversicherung
MVG: Bundesgesetz über die Militärversicherung
AVIG: Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
OR: Obligationenrecht

2. Berufsunfälle
Als Berufsunfälle gelten alle Unfälle im Sinn des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), die der Versicherte in Ausübung seiner Erwerbstätigkeit erleidet. Alle anderen gelten als Nichtberufsunfälle.
3. Berufskrankheiten
Als Berufskrankheiten gelten diejenigen im Sinn des UVG. Sie sind ab dem Tag, an dem sie ausgebrochen sind, bzw. sobald sich der Versicherte zum ersten Mal einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss oder arbeitsunfähig ist, den Berufsunfällen gleichgestellt.
4. Arbeitsunfähigkeit
Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.
5. Invalidität
Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
6. Entsandte Arbeitnehmer
Entsandte Arbeitnehmer sind obligatorisch in der Schweiz versicherte Personen, die vorübergehend ins Ausland entsandt werden, jedoch ein Arbeitsverhältnis mit einem in der Schweiz wohnhaften oder ansässigen Arbeitgeber haben und ihm gegenüber Anspruch auf Lohn haben.
7. Grenzgänger
Als Grenzgänger bezeichnet man Personen, die in einem EU-Land wohnhaft und in einem anderen Land erwerbstätig sind. Grenzgänger müssen mindestens einmal pro Woche an ihren Wohnsitz zurückkehren.
8. Fall
Unter Fall versteht man das Auftreten einer Berufskrankheit oder der Eintritt eines Unfalls im vereinbarten Geltungsbereich bei einer bestimmten Person.
9. UVG-Lohn
Der UVG-Lohn entspricht dem gemäss UVG und den dazugehörigen Verordnungen versicherten Verdienst.
10. Überschusslohn
Der Überschusslohn entspricht dem Lohn, der den maximal versicherten Verdienst gemäss UVG und den dazugehörigen Verordnungen übersteigt.
11. Kollektivunfallversicherung analog zum UVG
Im Rahmen dieser Versicherung wird ein Versicherungsschutz gemäss dem Leistungskatalog der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) gewährt.

B. Umfang der Versicherung

Art. 4 Versicherungspolice

In der Versicherungspolice ist der Versicherungsschutz detailliert aufgeführt, insbesondere die versicherten Personen, der maximal versicherte Lohn, die versicherten Leistungen und allfällige besondere Bedingungen.

Art. 5 Versicherte Personen

Versichert sind Personen, die zum in der Police erwähnten Versichertenkreis gehören, sofern sie aufgrund der in der Police versicherten Tätigkeit der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstehen.

Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die aufgrund ihrer Arbeitszeit im versicherten Unternehmen nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung gedeckt sind, ist die UVG-Zusatzversicherung ebenfalls auf Berufsunfälle und Berufskrankheiten beschränkt. Für diese Personen gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg als Berufsunfälle.

Nicht dem UVG unterstellte Arbeitnehmer mit einer Kollektivunfallversicherung analog zum UVG können sich ebenfalls versichern.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 6 Beginn und Ende des Vertrags

1. Inkrafttreten
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 Ablauf der Police stillschweigend um ein weiteres Jahr.
3. Vertragsende
Der Vertrag endet:
 - a. bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens für das versicherte Unternehmen
 - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 25 dieser Allgemeinen Bedingungen
 - c. wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird
 - d. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer
 - e. bei Kündigung aufgrund einer Prämienansatzerhöhung im Sinn von Artikel 26 dieser Allgemeinen Bedingungen

Art. 7 Kündigung im Schadenfall

1. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm durch das VVG zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung oder Verletzung der Anzeigepflicht seitens des Versicherungsnehmers oder beim Versuch dazu.

2. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Leistung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.

Art. 8 Betrügerische Begründung

Die Versicherungspolice kann aufgelöst oder gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt oder zu erzielen versucht hat.

D. Versicherungsdeckung

Art. 9 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

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 Kollektivvertrags erfolgte, mit Ausnahme von Artikel 15 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen. Rückfälle im Zusammenhang mit Unfällen, die sich während der Versicherungsdauer ereignet haben, sind gedeckt, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist.

1. Beginn der Versicherungsdeckung
Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis oder der Lohnanspruch beginnt, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da sich der Arbeitnehmer auf den Weg zur Arbeit begibt.
2. Ende der Versicherungsdeckung
Die Versicherungsdeckung endet für jeden Versicherten:
 - a. mit dem Ablauf des Tages vor Arbeitsantritt beim neuen Arbeitgeber oder mit der Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, jedoch spätestens am dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört, unter Vorbehalt von Artikel 11 dieser Allgemeinen Bedingungen.
Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag.
Der Versicherungsschutz endet ausserdem:
 - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 25 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 - c. mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags
 - d. mit dem Ablauf der UVG-Versicherungsdeckung eines entsandten Arbeitnehmers, unter Vorbehalt von Artikel 5 dieser Allgemeinen Bedingungen

Art. 10 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Übertrittsrecht
In der Schweiz wohnhafte Versicherte, die nicht mehr zum Versichertenkreis gehören, haben das Recht, in ein Produkt der Einzelversicherung überzutreten. Sie müssen dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem sie aus dem Versichertenkreis ausgeschieden sind (Datum

des letzten Tages mit Anspruch auf mindestens den halben Lohn), geltend machen, sofern sich seit dem letzten Arbeitstag kein Unfall ereignet hat.

Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag.

Das Übertrittsrecht gilt auch für Grenzgänger, falls sie weiterhin in der Schweiz erwerbstätig sind.

2. Bedingungen zum Übertritt
Ohne Gesundheitsprüfung können höchstens diejenigen Leistungen für medizinische Kosten, Taggelder und Kapitalien versichert werden, für die bisher ein Versicherungsschutz bestand. Die Leistungen werden proportional gekürzt, wenn der Betrag des neuen tatsächlichen Einkommens oder der Entschädigung der Arbeitslosenkasse kleiner ist.
Die Tarife und die allgemeinen Bedingungen des Einzelversicherungsprodukts sind anwendbar.
Massgebend für die Berechnung der Prämie ist das Alter im Zeitpunkt des Beitritts zum Kollektivvertrag.
3. Einschränkung des Übertrittsrechts
Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht:
 - bei Kündigung der kollektiven Versicherungspolice und Übernahme der Police durch einen anderen Versicherer mit dem gleichen Kreis der Versicherten oder Teilen davon
 - wenn der Versicherte die Arbeitsstelle verlässt und in die UVG-Zusatzversicherung seines neuen Arbeitgebers übertritt
 - wenn der Versicherte eine Rente der AHV oder einer ausländischen Sozialversicherung bezieht

Art. 11 Unbezahlter Urlaub

1. Bei unbezahltem Urlaub läuft der Versicherungsschutz während maximal 6 Monaten weiter, wenn der Versicherte gemäss UVG unfallversichert (Abredeversicherung) und sein Arbeitsvertrag ungekündigt ist. Vor Beginn des unbezahlten Urlaubs muss der Arbeitgeber dem Versicherer schriftlich den Namen und Vornamen des Versicherten, den versicherten Lohn sowie den Beginn und das Ende des unbezahlten Urlaubs mitteilen. Andernfalls erlischt der Versicherungsschutz. Eine rückwirkende Meldung ist nicht zulässig.
2. Die Lohnsumme für die Dauer des unbezahlten Urlaubs muss jeweils am Ende des Kalenderjahres mit der Lohnsummendeklaration gemeldet werden. Als versicherter Lohn gilt das Einkommen, das der Versicherte ohne unbezahlten Urlaub erhalten hätte.

E. Versicherte Leistungen

Art. 12 Behandlungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

Sind die Behandlungskosten versichert, deckt der Versicherer gemäss der vereinbarten Variante ab dem Tag des Unfalls die Differenz zwischen den vom UVG-Versicherer zu erbringenden und den nachfolgend aufgeführten Leistungen.

Die Pflegeleistungen und Behandlungen müssen von gemäss

UVG anerkannten medizinischen Fachkräften durchgeführt werden.

1. **Ärztliche Behandlung**
Behandlungskosten, einschliesslich Medikamente und Analysen
Sind die im Wohnland (EU-Mitgliedstaat) erbrachten Pflegeleistungen vom UVG-Versicherer gemäss den im Wohnland geltenden Gesetzes- und Tarifbedingungen gedeckt, werden Honorarüberschreitungen (bei ambulanten Behandlungen und Apothekerrechnungen, die nicht von der Sozialversicherung des Wohnlandes rückerstattet werden) von der UVG-Zusatzversicherung übernommen.
2. **Spitalaufenthalt**
Die Behandlungs- und Pensionskosten in einem vom Versicherer anerkannten Spital gemäss der in der Police aufgeführten Versicherungsvariante, einschliesslich des Abzugs des UVG-Versicherers für Unterhaltskosten
3. **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 Unterbringung werden in Ergänzung zum UVG-Versicherer bis zu Fr. 200.– pro Tag und für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt vergütet, bei einer Höchstdauer von 120 Tagen pro Fall.
4. **Komplementärmedizin**
Der für die Heilbehandlungen vorgesehene Betrag, soweit die Behandlung von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt wird. Vergütung bis zu Fr. 100.– pro Sitzung, höchstens Fr. 2'500.– pro Fall.
5. **Hilfsmittel**
Die Kosten für die erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, die 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 bei einem versicherten Unfall, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden.
6. **Pflege zuhause und Haushaltshilfe**
Der Versicherte hat Anspruch auf ärztlich verordnete Pflege zuhause und Haushaltshilfe, sofern diese Leistungen von einer vom Versicherer anerkannten Organisation erbracht werden.
Haushaltshilfeleistungen werden gewährt, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ärztlich bestätigt wurde.
Pflege zuhause ist in den unten vorgesehenen Grenzen gedeckt, solange der Versicherte Anrecht auf Taggelder des UVG-Versicherers hat.
Die Leistungen für Haushaltshilfe und Pflege zuhause sind auf Fr. 100.– pro Tag und höchstens Fr. 6'000.– pro Fall beschränkt.
7. **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.

8. **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
9. **Suchaktionen**
Der Versicherer vergütet in Ergänzung der UVG-Versicherung die im Rahmen von Suchaktionen notwendigen Kosten bis höchstens Fr. 30'000.– pro Fall.
10. **Leistungen Dritter**
Falls die Heilungskosten nach den Bestimmungen in diesem Artikel durch eine andere Versicherung geschuldet sind, ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe der entstandenen Behandlungskosten.
11. **Überentschädigung**
Falls die Heilungskosten über mehrere Versicherungen bei anerkannten Versicherern gedeckt sind, darf der Gesamtbetrag der Leistungen die tatsächlich 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. 13 Taggeld bei Spitalaufenthalt

1. **Recht**
Der Versicherer bezahlt das in der Police vereinbarte Spitaltaggeld bei Aufhalten in einer Spital- oder Kureinrichtung, sofern der Aufenthalt medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.
Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn dadurch eine medizinische Behandlung durchgeführt werden kann, die den beeinträchtigten Gesundheitszustand verbessert oder eine ungünstige Entwicklung verhindert.
Im Weiteren ist der Aufenthalt in einer medizinisch geprüften Kureinrichtung nur gedeckt, wenn der Versicherte vor Beginn der Kur in medizinischer Behandlung war.
Falls durch ärztlich angeordnete Pflegeleistungen zuhause ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann, vergütet der Versicherer dem Versicherten ein Taggeld in der Höhe der Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt.
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 pro Fall
 - bei Pflegeleistungen zuhause, die Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt während höchstens 200 Pflegetagen pro Fall

Art. 14 Taggeld

Sofern der Versicherte gemäss UVG Anspruch auf ein Taggeld hat, bezahlt der Versicherer für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit des Versicherten das in der Police vereinbarte Taggeld, unter Vorbehalt von Artikel 20 Ziffer 1 dieser Allgemeinen Bedingungen. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ausgerichtet.
Die Wartefrist beginnt am Tag nach dem Unfalltag.
Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses

bezahlt der Versicherer dem Versicherten das Taggeld bis zum vom Arzt bestätigten Datum, aber längstens bis zum Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

1. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechend gekürztes Taggeld entrichtet.
Die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.
2. Leistungen Dritter
Stehen dem Versicherten auch Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung zu, ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstauffalls des Versicherten. Er bezahlt maximal das vereinbarte Taggeld.
3. Überentschädigung
Wird das Taggeld von mehreren bei anerkannten Versicherern abgeschlossenen Versicherungen gedeckt, wird der Gesamtbetrag des Verdienstauffalls nur ein einziges Mal ausgerichtet. Der Versicherer vergütet die bei ihm versicherten Leistungen lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

Art. 15 Zusätzliche Garantien (früherer Unfall und Todesfallkapital)

Falls in der Police vorgesehen, sind folgende Leistungen gedeckt:

1. Bei Rückfällen und/oder Spätfolgen eines Unfalls, der nicht oder nicht mehr gedeckt ist, zahlt der Versicherer im Fall einer anerkannten Arbeitsunfähigkeit ein Taggeld in der Höhe von 80% des versicherten Verdienstes auf der Basis des UVG-Lohns. Die Leistungsdauer ist auf 180 Tage pro Fall beschränkt, ausser der Arbeitgeber ist gemäss Artikel 324a OR zu einer längeren Leistungsdauer verpflichtet.
Der Anspruch auf Taggeld beginnt am 3. Tag nach der bestätigten Arbeitsunfähigkeit. Die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Leistungsdauer als ganze Tage.
2. Stirbt der Versicherte infolge eines versicherten Unfalls, zahlt der Versicherer ein Taggeld in der Höhe von 80% des versicherten Verdienstes auf der Basis des UVG-Lohns gemäss den Bestimmungen in Artikel 338 OR.
3. Wenn in der Police eine Taggeldversicherung vorgesehen ist, wird diese bei der Berechnung der Leistungen im Rahmen des versicherten Höchstlohns ebenfalls berücksichtigt.

Art. 16 Invalidität

Falls in der Police vorgesehen zahlt der Versicherer je nach vereinbarter Deckung

- ein Invaliditätskapital (gemäss Ziffer 1, Buchstabe c nachfolgend) und/oder
- die Kosten für Schönheitschirurgie (gemäss Ziffer 2 nachfolgend) und/oder
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung (gemäss Ziffer 3 nachfolgend).

1. Kapitaleleistungen

- a. Leistungsanspruch
Das Invaliditätskapital wird ausbezahlt, sobald eine bleibende Invalidität feststellbar ist, unter Vorbehalt von Artikel 20 Ziffer 2 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.
- 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 teilweiser Gebrauchsunfähigkeit eines Organs 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 mehrere Körperteile oder Organe vom Unfall betroffen, werden die Prozentsätze entsprechend gewichtet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen.
- c. 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 in direktem Zusammenhang mit dem Unfall steht.
- d. Progressionsvarianten
Ist eine progressive Invaliditätsversicherung vereinbart, bemisst sich das Invaliditätskapital nach der gewählten Variante gemäss der nachfolgenden Tabelle.

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditäts- grad %	Entschädigung nach Variante		
	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

Invaliditäts- grad %	Entschädigung nach Variante		
	ohne Progr.	A	B
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
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67

Invaliditäts- grad %	Entschädigung nach Variante		
	ohne Progr.	A	B
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

2. Entstellungen

Falls der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte körperliche Entstellung (Entstellungsschaden) nach sich gezogen hat, die zwar kein Anrecht auf ein Invaliditätskapital im Sinn des vorstehenden Buchstabens a gibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten in gewissem Umfang beeinträchtigen könnte, 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 die Entstellung andere, normalerweise sichtbare Körperteile betrifft

Die für derartige Schäden geschuldete Entschädigung ist auf Fr. 20'000.– pro Fall beschränkt.

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 Ziffer 1 und 2 genannten Leistungen die dafür anfallenden angemessenen Kosten, sofern diese nicht durch andere Versicherer gedeckt werden, höchstens jedoch Fr. 20'000.– pro Fall.

Art. 17 Todesfallkapital

1. Anspruch
Falls der Unfall den Tod des Versicherten zur Folge hat, bezahlt der Versicherer den Berechtigten das in der Police vereinbarte Todesfallkapital unter Vorbehalt von Artikel 20 Ziffer 3 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen in folgender Reihenfolge:
 - a. Überlebender Ehegatte / registrierter Partner
Der überlebende Ehegatte oder der registrierte Partner hat Anspruch auf das Todesfallkapital.
 - b. 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 wurden. Bei Fehlen eines Kindes fällt der Teil, der ihm zugekommen wäre, seinen Erben zu.
 - c. Konkubinatspartner
Der Versicherer gewährt diesen Anspruch auch einer nicht verheirateten und nicht registrierten natürlichen Person, die nicht mit der verstorbenen Person verwandt ist (auch einer Person gleichen Geschlechts) und mit ihr in den letzten fünf Jahren bis zum Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat.
 - d. Andere Hinterlassene, falls diese zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten eine Hausgemeinschaft mit ihm bildeten:
 - dem Vater und der Mutter zu gleichen Teilen;
 - bei deren Fehlen den Geschwistern zu gleichen Teilen.
Ist eines der Geschwister bereits verstorben, wird sein Teil seinen Nachkommen überwiesen.
 - Sind keine der aufgezählten Hinterlassenen vorhanden, werden nur die nicht von anderen Versicherern übernommenen Bestattungskosten bis zu maximal 10% des Todesfallkapitals vergütet, höchstens aber Fr. 10'000.–.
2. Kumulierung der Leistungen
Eventuelle Leistungen für Invalidität (vgl. Artikel 16 der vorliegenden Allgemeinen Bestimmungen), die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.
3. Verschulden eines Hinterlassenen
Hat ein Angehöriger oder Hinterlassener des Versicherten

den Eintritt des Versicherungsfalls absichtlich oder durch ein absichtlich begangenes Verbrechen oder Vergehen herbeigeführt, werden die ihm zukommenden Geldleistungen gekürzt oder verweigert.

Art. 18 Leistungen in Form einer UVG-Überschussrente

1. Invalidenrente
 - Wenn die Versicherungsdeckung in der Police vorgesehen ist, zahlt der Versicherer bei Vollinvalidität eine Invalidenrente von 80% des versicherten Überschusslohns. Bei teilweiser Invalidität wird die Rente entsprechend gekürzt.
Für die Festlegung der Leistungen gelten im Übrigen die Bestimmungen des UVG, ausgenommen diejenigen über die Komplementärrenten. In jedem Fall erlischt der Rentenanspruch mit Erreichen des AHV-Alters.
 - Der Versicherer behält sich das Recht vor, Invalidenrenten auszukaufen, deren Monatsbetrag unter Fr. 200.– liegt.
2. Hinterlassenenrenten
Wenn die Versicherungsdeckung in der Police vorgesehen ist, zahlt der Versicherer im Todesfall folgende Hinterlassenenrenten:
 - 40% des versicherten Überschusslohns für Witwen und Witwer
 - 15% des versicherten Überschusslohns für Halbwaisen
 - 25% des versicherten Überschusslohns für Vollwaisen
 - höchstens 70% des versicherten Überschusslohns für mehrere Hinterlassene zusammen
Für die Festlegung der Leistungen gelten im Übrigen die Bestimmungen des UVG, ausgenommen diejenigen über die Komplementärrenten.
 - Der Versicherer behält sich das Recht vor, Invalidenrenten auszukaufen, deren Monatsbetrag unter Fr. 200.– liegt.
3. Überentschädigung
 - a. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozial- und Privatversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung des Berechtigten führen (kumuliert max. 90%). Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und gleichen Zwecks berücksichtigt, die der Versicherte aufgrund des Schadenereignisses erhält.
 - b. Eine Überentschädigung liegt vor, wenn die gesetzlichen Sozial- und Privatversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.
 - c. Die Geldleistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.
4. Verschulden eines Hinterlassenen
Hat ein Angehöriger oder Hinterlassener des Versicherten den Eintritt des Versicherungsfalls absichtlich oder durch ein absichtlich begangenes Verbrechen oder Vergehen herbeigeführt, werden die ihm zukommenden Geldleistungen gekürzt oder verweigert.

Art. 19 Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung

1. Wenn die Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung in der Police vorgesehen ist, ergänzt der Versicherer zusätzlich zu den in der Police garantierten Leistungen die Geldleistungen der Unfallversicherung nach UVG, wenn die Leistungen aufgrund eines durch Verschulden oder Wagnis (Vergehen ausgenommen) herbeigeführten Unfalls gekürzt worden sind.
2. Vorbehalten bleibt Artikel 22 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.
3. Der Versicherer ist berechtigt, die im Rahmen der Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung geschuldeten Rentenleistungen jederzeit nach ihrem Barwert auszukufen. Mit dem Auskauf erlöschen die Ansprüche aus dem Unfall.
4. Die Rentenleistungen im Rahmen der Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung werden nicht indexiert.

Art. 20 Anpassung des Leistungsanspruchs im Zeitpunkt des Erreichens des gesetzlichen AHV-Rentenalters

Ab dem 1. Tag des Monats nach Erreichen des gesetzlichen AHV-Rentenalters, passt der Versicherer die Leistungen für zu diesem Zeitpunkt laufende Fälle oder Fälle danach wie folgt an:

1. Taggeld
Das Taggeld wird während höchstens 6 Monaten gezahlt.
2. Invaliditätskapital
Die Versicherungssumme ist auf den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nach UVG ohne Progression begrenzt.
3. Todesfallkapital
Die Versicherungssumme ist auf den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nach UVG begrenzt.

Art. 21 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit mit folgenden Einschränkungen:

1. Ambulante Behandlungen und Spitalaufenthalte bei Nottfällen während eines zeitlich begrenzten Aufenthalts im Ausland sind versichert, sofern sie im Sinn des UVG notwendig sind.
2. Grenzgänger verfügen über den gleichen Versicherungsschutz wie in der Schweiz wohnhafte Arbeitnehmer, sofern die ambulante Behandlung und/oder der Spitalaufenthalt in einem Umkreis von 100 km vom Wohnort stattfinden.
3. Entsandte Arbeitnehmer haben Anspruch auf Leistungen, solange sie ihren Versicherungsschutz gemäss UVG oder analog zum UVG beibehalten und sofern die ambulante Behandlung und/oder der Spitalaufenthalt in einem Umkreis von 100 km vom Wohnort stattfinden.
4. Versicherte, die sich während ihrer Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben wollen, beziehungsweise Grenzgänger oder entsandte Arbeitnehmer, welche die Umgebung ihres Wohnsitzes (Umkreis von 100 km) verlassen möchten, haben den Versicherer vorgängig darüber zu informieren. Dieser behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen

nach einer Analyse der Umstände für einem begrenzten Zeitraum weiterhin zu entrichten. Ohne Zustimmung des Versicherers werden keine Taggelder während des Aufenthalts gewährt.

Art. 22 Leistungsausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Anzeigepflichtverletzung
- Versicherungsbetrug oder der Versuch dazu
- vorsätzliche Schäden
- vom Versicherten bei der Begehung eines Vergehens nicht absichtlich herbeigeführte Unfälle in besonders schweren Fällen gemäss UVG
- infolge eines Wagnisses verursachte Nichtberufsunfälle in besonders schweren Fällen gemäss UVG
- vom Versicherten bei der Ausübung eines Verbrechens herbeigeführte Unfälle
- Unfälle infolge Erdbeben
- Folgen von Kriegsereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, ausser wenn der Versicherte während seines Aufenthalts von den Ereignissen überrascht wurde und sich der Unfall innert 14 Tagen nach deren Beginn ereignet hat
- Unfälle während des Militärdienstes im Ausland
- Teilnahme an kriegerischen, terroristischen und verbrecherischen Handlungen
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung jeder Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Beeinträchtigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

Art. 23 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

Unter Vorbehalt von Artikel 22 der vorliegenden Bedingungen verzichtet der Versicherer darauf, die Leistungen für alle in der Police versicherten Unfälle, die auf grobes Verschulden oder Wagnisse gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung UVG zurückgehen, zu kürzen.

Die Geldleistungen werden analog zum UVG gekürzt:

- bei Unfällen, die bei der Ausübung eines Vergehens herbeigeführt worden sind
- bei Beteiligung an Schlägereien und Raufereien, es sei denn, der Versicherte wird als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt
- bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
- bei Beteiligung an Unruhen

Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Artikeln 29 und 30 dieser Allgemeinen Bedingungen aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält
- wenn der Versicherte sich weigert, bei den Anordnungen des Versicherers mitzuwirken (z. B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen), oder wenn er ohne triftigen Grund nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, die bereits erbrachten Leistungen zurückzufordern und dem Versicher-

ten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen.

- wenn der Versicherte sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können
- wenn der Versicherte den Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig stellt. In diesem Fall wird die Vergütung der Taggelder bis zum Tag der Antragstellung aufgeschoben.

Art. 24 Regress gegen haftpflichtige Dritte

Bei Eintritt des Schadenfalls tritt der Versicherer bis zur Höhe der bezahlten Leistungen gegenüber haftpflichtigen Dritten in die Ansprüche der versicherten Person und ihren Hinterlassenen ein.

F. Prämien

Art. 25 Prämienzahlung

Die Prämie der UVG-Zusatzversicherung wird anhand des AHV-Lohns oder des vereinbarten Lohns der versicherten Personen festgelegt. Im Weiteren sind die Bestimmungen des UVG und der entsprechenden Verordnungen anwendbar.

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Die Prämie ist am in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der Lohnsumme im Lauf des Jahres angepasst werden und müssen der mutmasslich endgültigen Prämie entsprechen.
4. Werden die Prämien oder Raten 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 rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist. Die während des Ruhens der Versicherung eintretenden Schadenfälle sind nicht gedeckt.
5. Fordert der Versicherer die rückständige Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.
6. Legt der Versicherungsnehmer die Lohnsummendeklaration nicht innert 30 Tagen nach Anfrage des Versicherers vor, wird er vom Versicherer gemahnt. Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht.

Art. 26 Anpassung des Prämienatzes

Der Versicherer kann den Prämienatz je nach Entwicklung der Kosten und Schadenfälle sowie Änderung der Klassierung der Unternehmen in die Gefahrenklassen und -stufen aufgrund von

Artikel 92 Absatz 5 UVG anpassen. Die Anpassung des Vertrags tritt im folgenden Versicherungsjahr in Kraft.

Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbestimmungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres bekannt. Der Versicherungsnehmer hat daraufhin das Recht, den Vertrag in Bezug auf den von der Änderung betroffenen Teil auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen und spätestens am 31. Dezember beim Versicherer eintreffen. Erfolgt keine Kündigung durch den Versicherungsnehmer, gelten die Prämienanpassungen als von ihm angenommen.

Art. 27 Definitive Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, auf Grundlage der vom Versicherungsnehmer gelieferten Dokumente oder der vorgenommenen Schätzung erstellt.

Art. 28 Überschussbeteiligung

1. Der Versicherungsnehmer erhält den vereinbarten Anteil an einem allfälligen Überschuss gemäss den in der Police vorgesehenen Bestimmungen.
2. Die Abrechnung erfolgt nach Ende der Abrechnungsperiode, jedoch erst nach Abwicklung und Entschädigung aller Schäden aus diesem Zeitraum.
3. Werden Schadenfälle aus einer abgeschlossenen Abrechnungsperiode nach Erstellen der Abrechnung gemeldet oder vergütet, wird eine neue Abrechnung für die Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zu viel bezahlte Überschüsse zurück.
4. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird nur dann überwiesen, wenn die Versicherungspolice bis zum Ende der Abrechnungsperiode in Kraft war.

G. Verschiedene Bestimmungen

Art. 29 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung aufrechtzuerhalten, wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt oder wenn der Vertrag endet.
2. Im Sinn der Informationspflicht (Art. 3 VVG) ist der Versicherungsnehmer auch verpflichtet, die versicherten Personen über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.
3. Der Arbeitgeber muss den Versicherer unverzüglich benachrichtigen, sobald er erfährt, dass ein versicherter Mitarbeiter Opfer eines Unfalls wurde, der eine ärztliche Behandlung erfordert, zu einer Arbeitsunfähigkeit führt oder den Tod zur Folge hatte.
4. Der Versicherungsnehmer teilt dem Versicherer umgehend mit, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeitsunfähigen Versicherten endet.
5. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung legt

der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Lohnsummendeklaration und auf Anfrage die AHV-Abrechnungen der Versicherten vor.

6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Ausgleichskasse der AHV übergeben werden, einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzuschieben.
7. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, Buchungsbelege, amtliche Unterlagen usw.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.
8. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer über eine allfällige Gefahrserhöhung gemäss Artikel 31 der vorliegenden Bedingungen (Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufs) zu informieren.

Art. 30 Pflichten des Versicherten

1. Der Versicherte hat seinem Arbeitgeber oder dem Versicherer unverzüglich jeden Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, schriftlich mitzuteilen. Stirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, haben die anspruchsberechtigten Hinterlassenen dieser Meldepflicht nachzukommen.
2. Während einer Arbeitsunfähigkeit muss der Versicherte für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben (z. B. Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt).
3. Der Versicherte liefert dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer usw.). Ausserdem meldet der Versicherte dem Versicherer unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter u. a.)
4. Der Versicherte befreit das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
5. Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) verpflichtet. Er hat insbesondere deren Anweisungen zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.
6. 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.
7. Der Versicherte unterliegt der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungseinrichtungen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung u. a.) verpflichtet.
8. 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.

9. Der Versicherte hat spätestens 3 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten.
10. 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.

Art. 31 Änderung der versicherten Gefahr

1. Gefahrserhöhung
 - Tritt eine erhebliche Änderung ein (z. B. Änderung der Art des Unternehmens oder des versicherten Berufs) und wird dadurch eine wesentliche Gefahrserhöhung herbeigeführt, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer sofort schriftlich mitzuteilen.
 - Unterlässt der Versicherungsnehmer diese Mitteilung, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden.
 - 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 Anzeige des Versicherungsnehmers zu kündigen. In diesem Fall erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Kündigungsmeldung des Versicherers.
 - Ein allfälliger Prämienzuschlag ist vom Eintritt der Gefahrserhöhung an geschuldet.
2. Der Versicherer kann den Prämienatz an veränderte Verhältnisse (Fusion, Spaltung, Übernahme u. a.) sowie bei bedeutenden Änderungen in der Zusammensetzung des Versichertenkreises anpassen, sofern die Lohnsumme dadurch um mindestens 10% variiert.

Art. 32 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Ohne die Zustimmung des Versicherers können der Versicherungsnehmer und der Versicherte ihre Forderung gegenüber dem Versicherer weder abtreten noch verpfänden.

Art. 33 Maklerklausel

Beauftragt der Versicherungsnehmer einen Makler, laufen die Geschäftsbeziehungen mit dem Versicherer über ihn. Der Makler leitet alle Anfragen und Antworten von einer Partei zur anderen, Zahlungen ausgenommen. Sobald diese Daten beim Makler eintreffen, gelten sie als beim Versicherungsnehmer eingegangen.

Art. 34 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 35 Erfüllungsort

Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.

Art. 36 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnet der Versicherte im Ausland, ist der Arbeitsort in der Schweiz Gerichtsstand.