

Allgemeine Bedingungen der Kollektivunfallversicherung Zusatzdeckung zum UVG oder volle Deckung

LAACGA01-A10 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

A. Umfang der Versicherung

- Art. 1** Grundlagen des Versicherungsvertrags
Art. 2 Versicherte Personen
Art. 3 Gegenstand der Versicherung
Art. 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
Art. 5 Übertritt in die Einzelversicherung
Art. 6 Örtlicher Geltungsbereich
Art. 7 Leistungskürzung im Fall von grober Fahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen
Art. 8 Ausschlüsse aus der Versicherung

B. Leistungen

- Art. 9** Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)
Art. 10 Spitaltaggeld
Art. 11 Taggeld
Art. 12 Invalidität
Art. 13 Todesfall
Art. 14 Rentenleistungen für den UVG-Überschusslohn
Art. 15 Anpassung des Vertrags an das Rentenalter
Art. 16 Deckungserweiterung zur UVG-Versicherung
Art. 17 Ermittlung der versicherten Leistungen
Art. 18 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche
Art. 19 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

C. Prämie

- Art. 20** Prämienberechnung
Art. 21 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung
Art. 22 Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie
Art. 23 Änderung des Prämientarifs
Art. 24 Mahnungen

D. Überschussbeteiligung

- Art. 25** Berechnung der Überschussbeteiligung

E. Schadenfall

- Art. 26** Meldepflicht
Art. 27 Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

F. Vertragsdauer

- Art. 28** Vertragsdauer und Kündigung
Art. 29 Änderung der versicherten Gefahr

G. Schlussbestimmungen

- Art. 30** Verjährung
Art. 31 Mitteilungen
Art. 32 Erfüllungsort und Gerichtsstand
Art. 33 Bezugstext

A. Umfang der Versicherung

Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

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

Art. 2 Versicherte Personen

- a. Zusatzversicherung zum UVG
Versichert sind alle Personen, die zu einer der in der Police genannten Gruppen gehören, soweit sie der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) für die im vorliegenden Vertrag versicherten Tätigkeit unterliegen.
- b. Volle Versicherungsdeckung
Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen, die aufgrund ihrer Tätigkeit für einen Versicherungsnehmer nicht oder nicht mehr der obligatorischen oder freiwilligen Unfallversicherung (UVG) unterliegen.
- c. Altersgrenze
Unter den in lit. a und b genannten Versicherungen können Personen versichert werden, die das 15. Lebensjahr vollendet und das AHV-Alter noch nicht erreicht haben.

Art. 3 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten gemäss den in der Versicherungspolice ausgewiesenen Garantien.

2. Als Berufsunfälle gelten alle Unfälle im Sinn des Bundesgesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (nachfolgend UVG), die der Versicherungsnehmer in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet. Alle anderen gelten als Nichtberufsunfälle.
3. Als Berufskrankheiten gelten diejenigen im Sinn des UVG. Sie sind den Berufsunfällen ab dem Tag, an dem sie ausgebrochen sind, resp. sobald sich der Versicherte zum ersten Mal einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss oder arbeitsunfähig ist, gleichgestellt.
4. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers ist, dass der Unfall, die Körperschädigung oder die letzte vor dem Ausbruch der Berufskrankheit erfolgte Gefährdung während der Gültigkeit des vorliegenden Kollektivvertrags erfolgte und die Person immer noch zum Kreis der versicherten Personen gehört.
5. Für gewisse im Gesetz ausdrücklich erwähnte Berufskrankheiten werden die Leistungen gemäss dem UVG entsprechend dem Verhältnis zwischen der Dauer der Aussetzung der Gefahr während der Gültigkeitsdauer der Police und der gesamten Dauer der Aussetzung berechnet.

Art. 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Die Versicherungsdeckung für den einzelnen Versicherten beginnt an dem Tag, an dem er aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, an dem er sich auf den Weg zur Arbeit begibt.
2. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem in der Police angegebenen Datum und endet spätestens bei deren Erlöschen.
3. Die Versicherungsdeckung endet für den einzelnen Versicherten am Vortag des Tages, an dem er die Arbeit bei einem neuen Arbeitgeber beginnt oder hätte beginnen sollen. Rückfälle werden innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach dem Eintritt des im Rahmen des vorliegenden Vertrags versicherten Unfalls berücksichtigt, wenn der Versicherte immer noch zum Kreis der versicherten Personen gehört und die Police im Zeitpunkt des Rückfalls in Kraft ist.
4. Die Versicherungsdeckung endet auch im Fall der Arbeitslosigkeit oder einer Unterbrechung der Arbeit ohne fortbestehenden Lohnanspruch, unbeachtlich ob die Versicherungsdeckung unter Berücksichtigung des Einkommens oder auf der Basis eines vereinbarten Betrags festgelegt wurde.

Art. 5 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Im Fall der Beendigung des Arbeitsvertrags mit dem Versicherungsnehmer oder falls die Police gekündigt wird, kann der in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnhafte Versicherte innerhalb von 30 Tagen den Übertritt in die Einzelversicherung beantragen. Aufgrund

seiner neuen beruflichen Situation wird die Versicherung entweder als Zusatzdeckung zum UVG oder als volle Deckung fortgeführt. Es können nur solche Leistungen versichert werden, die schon bisher versichert waren.

2. Die Fortsetzung der Versicherung erfolgt gemäss den Bedingungen und den Tarifen der Einzelversicherung, wie sie im Zeitpunkt des Übertritts in Kraft waren. Ausschlaggebend ist der Gesundheitszustand der zu versichernden Person im Zeitpunkt ihres Eintritts in die Kollektivversicherung.
3. Die Dauer und der Betrag der Leistungen (insbesondere Erwerbsausfall), die aus der Kollektivversicherung bezogen wurden, werden an die Leistungen der Einzelversicherung angerechnet.

Art. 6 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

Art. 7 Leistungskürzung im Fall von grober Fahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen

1. Bei allen durch diesen Vertrag versicherten Unfällen, die auf grobe Fahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse im Sinn des UVG zurückzuführen sind, verzichtet der Versicherer auf eine Leistungskürzung.
2. Artikel 8 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleibt vorbehalten.

Art. 8 Ausschlüsse aus der Versicherung

1. Für Berufs- und Nichtberufsunfälle, bei denen das Bundesgesetz über die Unfallversicherung keine Anwendung findet oder finden würde, werden keine Versicherungsleistungen ausgerichtet (Fall der Leistungsverweigerung).
2. Darüber hinaus sind von der Versicherung ausgeschlossen:
 - vorsätzliche Schäden
 - Unfälle während einer vorsätzlichen Begehung einer strafbaren Handlung (inkl. Unfälle unter Einfluss von Alkohol)
 - Unfälle infolge Erdbeben
 - Folgen von Kriegereignissen:
 - in der Schweiz und in Liechtenstein
 - 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
 - Selbstmord, Selbstverstümmelung bzw. Versuche dazu
 - Unfälle während des Militärdienstes im Ausland
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen

- Teilnahme an terroristischen und verbrecherischen Handlungen
- Teilnahme an Schlägereien und Raufereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
- Teilnahme an Unruhen
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung jeder Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Beeinträchtigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

B. Leistungen

Art. 9 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

a. Zusatzdeckung zum UVG oder volle Deckung

Sind die Heilungskosten versichert, deckt der Versicherer gemäss der vereinbarten Deckung für eine Dauer von maximal fünf Jahren ab dem Tag des Unfalls die Differenz zwischen den vom UVG-Versicherer zu erbringenden Leistungen und den nachstehend vorgesehenen (Zusatzdeckung zum UVG) bzw. im Rahmen der vollen Deckung die ärztlich verschriebenen Behandlungen. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden. Die Behandlungen müssen durch medizinisches Personal erbracht werden, das gemäss dem UVG anerkannt ist (vgl. Beilage A, die Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist):

1. Ärztliche Behandlung

Die Kosten für die Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen

2. Spitalaufenthalte

Entsprechend der in der Police vorgesehenen Versicherungsklasse die Behandlungs- und Pensionskosten in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital

3. Kur- und Erholungsaufenthalte

Die Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in einem Kur- oder Erholungsheim im Sinn des nachstehenden Art. 10. Die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt und die Unterbringung werden bis zu Fr. 200.– pro Tag und für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt rückerstattet, bei einer Höchstdauer von 120 Tagen für denselben Unfall.

4. Alternativmedizin

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

Verzeichnis der Therapien:

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydrotherapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Moratherapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien:

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

Psychotherapie:

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

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

5. Abzüge bei den Unterhaltskosten

Ausserdem übernimmt der Versicherer die Abzüge bei den Unterhaltskosten im Fall eines Aufenthalts in einer Heilanstalt, die vom UVG-Versicherer vorgenommen wurden.

6. Hilfsmittel

- Die Kosten für die erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, welche körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle oder -einschränkungen ausgleichen (Prothesen, Brillen, Hörgeräte und orthopädische Hilfsmittel)
- Die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) von Gegenständen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, sofern diese anlässlich eines versicherten Unfalls, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden

7. Hauspflege

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

8. Haushaltshilfe

Ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% bestätigt, hat der Versicherte Anspruch auf eine Entschädigung von Fr. 50.– pro Tag während maximal 120 Tagen pro Unfall für die Kosten einer medizinisch begründeten Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört.

9. Transportkosten

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

10. Bergung und Überführung der Leiche

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

11. Suchaktionen

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

12. Entschädigung für diverse Nachteile

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

- | | |
|-------------|--|
| Fr. 400.– | wenn die durch den Unfall verursachten Heilungskosten (gemäss Ziff. 1) Fr. 1'000.– übersteigen |
| Fr. 600.– | falls Fr. 2'000.– übersteigend |
| Fr. 800.– | falls Fr. 3'000.– übersteigend |
| Fr. 1'000.– | falls Fr. 4'000.– übersteigend |

b. Zusatzversicherung zur Krankenversicherung (KVG)

1. Wenn die Heilungskosten für die Folgen eines Unfalls als Zusatz zur Krankenversicherung (KVG) versichert sind, übernimmt der Versicherer im Rahmen dieser Bestimmungen den Anteil an den Kosten, der nicht über die Krankenversicherung gedeckt ist.
2. Die Franchise, der Selbstbehalt und die eventuell vom Krankenversicherer in Rechnung gestellten Gebühren werden nicht erstattet.

c. Zusatzversicherung zum UVG

Falls im Zeitpunkt des Unfalls kein Versicherungsschutz nach UVG bestand oder er nicht mehr besteht, übernimmt der Versicherer nur die Hälfte der Kosten, die gemäss Art. 9 lit. a Ziff. 1 und 3 geschuldet sind; die in Art. 9 lit. a Ziff. 4 bis 12 vorgesehenen Leistungen werden ungemindert gezahlt. Allerdings werden diese Leistungen nur als Zusatz zu den von möglichen anderen Versicherern geschuldeten Leistungen erbracht.

d. Leistungen Dritter

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

Art. 10 Spitaltaggeld

a. Anspruch

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

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

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

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

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

Bei ärztlich verordneter Heimpflege, durch die ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann, vergütet der Versicherer dem Versicherten ein Taggeld, das dem halben vereinbarten Spitaltaggeld entspricht.

b. Leistungsdauer

Das Taggeld für den Spitalaufenthalt wird für eine Zeit von fünf Jahren ab dem Unfalltag bezahlt:

- im Fall eines Spitalaufenthalts für eine Dauer von höchstens 360 Tagen pro Unfall
- im Fall von Kur- oder Erholungsaufenthalten für eine Zeit von höchstens 30 Tagen pro Aufenthalt, bis zu höchstens 120 Tagen für denselben Unfall
- bei Heimpflege ein Taggeld, das dem halben vereinbarten Spitaltaggeld entspricht, während höchstens 200 Pflage Tagen pro Unfall

Art. 11 Taggeld

a. Anspruch

Sofern der Versicherte gemäss der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf ein Taggeld hat, bezahlt der Versicherer 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 festgesetzten Wartezeit gewährt. Die Wartezeit berechnet sich ab dem Datum, an dem die Arbeitsunfähigkeit vom Arzt anerkannt ist. Auf jeden Fall beginnt sie frühestens am Tag nach dem Unfalltag zu laufen. Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses bezahlt der Versicherer dem Versicherten das Taggeld bis zum vom Arzt bestätigten Datum, aber längstens bis Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

b. Pflichten des Versicherten

Der Versicherte kann sich durch einen von ihm ausgewählten Arzt untersuchen lassen. Kommt der Versicherte der Vorladung ohne stichhaltigen Grund nicht nach, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen, zu verweigern bzw. die Rückerstattung der be-

reits vorgeschossenen Leistungen zu verlangen und dem Versicherten die Kosten der Konsultation in Rechnung zu stellen.

c. Leistungsdauer

Der Versicherer bezahlt das Taggeld pro Unfall während höchstens 720 Tagen innerhalb von fünf Jahren seit dem Unfalltag, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer Invaliditätsleistung gemäss Art. 12 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.

d. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechend gekürztes Taggeld während der in lit. c vorgesehenen Dauer geleistet.

Die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

e. Leistungen Dritter

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

Art. 12 Invalidität

a. Leistungsarten

Je nach vereinbarter Deckung zahlt der Versicherer

- ein vom Alter des Versicherten unabhängiges Invaliditätskapital (gleichbleibende Kapitalleistung gemäss lit. b Ziff. 3 untenstehend) und/oder
- die Kosten für Schönheitschirurgie (gemäss lit. c nachstehend) und/oder
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung (gemäss lit. d nachstehend).

b. Kapitalleistungen

1. Leistungsanspruch

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

2. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird gemäss Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) festgelegt. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der

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

3. Gleichbleibende Kapitalleistungen

Bemessung des Kapitals

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

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

Progressionsvarianten

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

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditätsgrad %	Entschädigung 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
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

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditätsgrad %	Entschädigung nach Variante ohne Progr.	A		B	
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		
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

c. 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 lit. b gibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der geeignet ist, die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten in gewissem Umfang zu beeinträchtigen, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung von:

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

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

d. Kosten für die berufliche Wiedereingliederung

Falls infolge desselben Unfalls eine Wiedereingliederung in einen neuen Beruf notwendig wird, übernimmt der Versicherer zusätzlich zu den in lit. b und c genannten Leistungen die dafür anfallenden, angemessenen Kosten, sofern diese nicht durch einen anderen Versicherer gedeckt werden, höchstens jedoch Fr. 20'000.-.

Art. 13 Todesfall

a. Anspruch

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

1. Überlebender Ehegatte

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

2. Kinder

Die Kinder des verstorbenen Versicherten, die ihr 18. Lebensjahr bzw. bei einer Lehre oder einem Studium ihr 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben zu gleichen Teilen Anspruch auf das Todesfallkapital. Gleichgestellt sind auch Kinder, die zur Zeit des Unfalls vom Versicherten unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen worden waren. Bei Wegfall eines Kindes fällt der Teil, der ihm zugekommen wäre, seinen Erben zu.

3. Andere Hinterlassene, falls diese mit dem Versi-

cherten im Zeitpunkt seines Todes eine Hausgemeinschaft bildeten

Dem Vater und der Mutter zu gleichen Teilen; bei deren Wegfall den Geschwistern zu gleichen Teilen. Ist eines der Geschwister bereits verstorben, wird sein Teil seinen Hinterlassenen überwiesen.

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

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

b. Kumulierung der Leistungen

Eventuelle Leistungen für Invalidität (vgl. Art. 12 der vorliegenden Allgemeinen Bestimmungen), die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.

c. Verschulden eines Hinterlassenen

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

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

Art. 14 Rentenleistungen für den UVG-Überschusslohn

a. Invaliditätsrente

Für den Anteil des Lohns, der den UVG-Lohn übersteigt (Überschusslohn), zahlt der Versicherer bei Vollinvalidität eine Invalidenrente von 80% des versicherten Überschusslohns. Bei teilweiser Invalidität wird die Rente entsprechend gekürzt.

Es gelten im Übrigen die UVG-Bestimmungen, ausgenommen diejenigen betreffend die Zusatzrenten.

Auf jeden Fall erlischt der Rentenanspruch mit Erreichen des AHV-Alters.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Invalidenrenten, deren Monatsbetrag unter Fr. 200.– liegt, durch Auskauf abzulösen.

b. Hinterlassenenrenten

Für den Teil, der den UVG-Lohn übersteigt (Überschusslohn), zahlt der Versicherer im Todesfall gemäss den UVG-Bestimmungen folgende Hinterlassenenrenten:

- 40% des versicherten Verdienstes für Witwen und Witwer
- 15% des versicherten Verdienstes für Halbwaisen
- 25% des versicherten Verdienstes für Vollwaisen
- 70% des versicherten Verdienstes höchstens und gesamthaft für mehrere Hinterlassene

Es gelten ebenfalls die UVG-Bestimmungen über den

Auskauf von Renten mit Ausnahme derjenigen über die Komplementärrenten. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Hinterlassenenrenten auszukaufen, deren Monatsbetrag unter Fr. 200.– liegt.

Art. 15 Anpassung des Vertrags an das Rentenalter

Ab dem ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Versicherte das Rentenalter erreicht, das im Bundesgesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) festgesetzt ist, passt der Versicherer die in der Police festgelegten Leistungen wie folgt an:

a. Heilungskosten

Die Heilungskostenversicherung (Art. 9) erlischt. Auf Gesuch des Versicherten kann diese jedoch mit einer besonderen Bedingung weitergeführt werden. Der Versicherer passt in dem Fall die Versicherungsdeckung an die neue Situation des Versicherten an.

b. Spitaltaggeld

Das Spitaltaggeld ist auf maximal Fr. 20.– begrenzt.

c. Taggeld

Die Taggeldversicherung (Art. 11) erlischt. Falls der Versicherte nach Erreichen des gesetzlichen Rentenalters weiterhin eine regelmässige berufliche Tätigkeit ausübt, kann die Versicherung mit einer besonderen Bedingung weitergeführt werden.

d. Invalidität

Die Versicherungssumme ist auf maximal Fr. 100'000.– begrenzt (Variante ohne Progression).

e. Todesfall

Die Versicherungssumme ist auf maximal Fr. 30'000.– begrenzt.

Art. 16 Deckungserweiterung zur UVG-Versicherung

1. Wenn dies in der Police vereinbart wurde, sieht die Erweiterung zur UVG-Versicherung vor, dass der Versicherer zusätzlich zu den in der Police garantierten Leistungen die Geldleistungen der obligatorischen Unfallversicherung ergänzt, wenn diese infolge Selbstverschuldens oder Wagnissen reduziert wurden.
2. Art. 8 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleibt vorbehalten.
3. Der Versicherer ist jederzeit berechtigt, die im Rahmen der Deckungserweiterung zur UVG-Versicherung geschuldeten Rentenleistungen nach ihrem Barwert auszukufen, wodurch die Ansprüche aus dem versicherten Unfall vollumfänglich erlöschen.
4. Rentenleistungen, die im Rahmen dieser Zusatzbedingungen erbracht werden, sind nicht teuerungsindexiert und können nicht revidiert werden.

Art. 17 Ermittlung der

versicherten Leistungen

1. Das Taggeld kann entweder in einem Pauschalbetrag bestehen oder nach dem versicherten Tageseinkommen berechnet werden.
2. Die Leistungen im Invaliditäts- und Todesfall werden berechnet nach
 - a. dem versicherten Jahreseinkommen oder
 - b. einer Kapitalkombination, wie sie in der Police vereinbart wurde.
3. Sofern in der Police nichts anderes vereinbart ist, wird der versicherte Verdienst nach den Bestimmungen des UVG festgelegt. Dies gilt für den UVG- sowie den Überschusslohn (Anteil des Lohns, der den UVG-Lohn übersteigt). Wenn in der Police nichts anderes festgelegt wurde, wird der massgebliche Gesamtlohn auf höchstens Fr. 400'000.– pro Versicherten und Jahr begrenzt.

Art. 18 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

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

Art. 19 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

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

C. Prämien

Art. 20 Prämienberechnung

Ohne gegenteilige Vereinbarung erfolgt die Berechnung der Prämie der Unfallzusatzversicherung anhand des AHV-Lohns oder des vereinbarten Lohns der versicherten Personen. Zur Ermittlung des massgebenden Lohns sind zudem die verschiedenen Bestimmungen des UVG und der dazugehörenden Verordnungen anwendbar.

Art. 21 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung

1. Zu Beginn jedes Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer die provisorisch festgesetzte Prämie (Vorauszahlungsprämie) zu bezahlen, die der mutmasslich endgültigen möglichst zu entsprechen hat. Wurden Ratenzahlungen vereinbart, sind die im Lauf des Jahres fälligen Raten geschuldet. Vorbehalten bleibt Art. 22 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.
2. Nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrags wird die definitive Prämienabrechnung vorgenommen. Der Versicherungsnehmer

muss dem Versicherer das entsprechende Formular mit den notwendigen Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung und eine Kopie der entsprechenden AHV-Abrechnung zur Verfügung stellen.

Falls die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach Versand eingereicht werden, fordert der Versicherer den Versicherungsnehmer auf, dies innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung nachzuholen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, erlässt der Versicherer eine Einschätzung, in welcher er die Jahresprämie des Vorjahres nach seinem Ermessen prozentual erhöht. Die Nachzahlung oder die Rückerstattung der Prämien muss innert 30 Tagen nach Versand der Schlussabrechnung erfolgen.

Sendet der Versicherungsnehmer das Formular nicht fristgerecht zurück, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag sofort aufzulösen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer den Betrag einer möglichen Nachzahlung mit, die innert einem Monat zu bezahlen ist. Der zuviel bezahlte Betrag wird als Anzahlung mit der provisorischen Prämie des nächsten Jahres verrechnet oder auf Wunsch dem Versicherungsnehmer rückerstattet.

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

Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer bzw. dem beauftragten Dritten falls notwendig die Ermächtigung erteilen, um in die Bücher und Buchhaltungsbelege der Firma oder in die der Ausgleichskasse AHV/IV unterbreiteten Belege Einsicht nehmen zu können. Andernfalls behält sich der Versicherer vor, die Leistungen einzustellen. Bei falscher Deklaration der Lohnsumme kann der Versicherer die Leistungen, ab Erhalt dieser Deklaration bis zur Bezahlung der aufgrund der berichtigten Deklaration korrigierten Prämien, einstellen. In schwerwiegenden Fällen kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten und die Bezahlung der Prämien des laufenden Kalenderjahres verlangen.

3. Übersteigt die Nach- oder Rückzahlung den Betrag von Fr. 500.–, kann der Versicherer die Vorauszahlungsprämie des folgenden Versicherungsjahres entsprechend anpassen.

Art. 22 Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie

1. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt, erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer die bezahlte Prämie zurück, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.
2. Die Regelung des vorstehenden Absatzes ist nicht anwendbar bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer im Schadenfall im ersten Jahr nach Abschluss des Vertrags.
3. Die Bestimmungen über die definitive Prämienabrechnung gemäss vorstehendem Art. 21 bleiben vorbehalten.

Art. 23 Änderung des

Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämienansatz je nach Entwicklung der Kosten und Schadenfälle sowie Änderung der Einreihung des Betriebs in die Gefahrenklassen und -stufen aufgrund von Art. 92 Abs. 5 UVG anpassen. Die Anpassung des Vertrags tritt im folgenden Versicherungsjahr in Kraft.
2. 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, um gültig zu sein, mit eingeschriebenem Brief gesandt werden und beim Versicherer spätestens am 31. Dezember eintreffen.

Art. 24 Mahnungen

Werden die Prämie oder die Prämienanzahlungen nicht fristgerecht entrichtet, so fordert der Versicherer den Schuldner unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf, den Ausstand samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen. Wird die rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.

D. Überschussbeteiligung

Art. 25 Berechnung der Überschussbeteiligung

1. Die Modalitäten der Beteiligung an den Überschüssen (Periodizität, Anteile der Kosten und des Überschusses) sind in der Police beschrieben.
2. Der Überschuss wird ermittelt, indem die Verwaltungskosten und die Kosten für die während der Versicherungsperiode eingetretenen Schadenfälle von den endgültigen Prämien abgezogen werden.
3. Die Überschussbeteiligung wird gemäss den in der Police vorgesehenen Bestimmungen ausbezahlt, wenn die Police zum Zeitpunkt der Abrechnung immer noch in Kraft ist. Die Abrechnung der Beteiligung wird erstellt, sobald die definitiven Prämien bezahlt und die Schadenfälle der zu berücksichtigenden Periode abgeschlossen sind. Ein eventueller Verlust wird nicht auf die nächste Periode übertragen.
4. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn die Police vor Ablauf der vereinbarten Periode endet.

E. Schadenfall

Art. 26 Meldepflicht

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 innert 48 Stunden nachzukommen.
2. Der Arbeitgeber hat den Versicherer unverzüglich zu benachrichtigen, sobald er erfährt, dass ein Versicherter seines Betriebes Opfer eines Unfalls wurde, der eine ärztliche Behandlung erfordert, eine Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zur Folge hat.

Art. 27 Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

1. Bei unentschuldbarer, verspäteter Unfallmeldung des Versicherten oder seiner Hinterlassenen kann der Versicherer einzelne oder alle Leistungen für die Dauer der Verspätung kürzen; bei absichtlich falscher Unfallmeldung kann er diese generell um die Hälfte kürzen oder ganz verweigern.
2. Unterlässt der Arbeitgeber die Unfallmeldung auf unentschuldbarer Weise, so kann er vom Versicherer für die daraus entstehenden Kosten haftbar gemacht werden.

F. Vertragsdauer

Art. 28 Vertragsdauer und Kündigung

1. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Vertragsende gekündigt wird.
2. Um rechtsgültig zu werden, muss die Kündigung beim Versicherer oder Versicherungsnehmer spätestens am letzten Tag vor Beginn der Dreimonatsfrist eintreffen.
3. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne weiteres am festgesetzten Ablaufdatum.
4. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung zu erbringen hat, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, so erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
5. Jede Kündigung muss per Einschreibebrief erfolgen.

Art. 29 Änderung der

versicherten Gefahr

a. Gefahrserhöhung

Tritt eine erhebliche Änderung ein (z. B. Änderung der Art des Betriebs 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 zu kündigen. Die Kündigung tritt zwei Wochen nach deren Eröffnung in Kraft.

Eine allfällige Mehrprämie ist vom Eintritt der Gefahrserhöhung an geschuldet.

b. Übernahme eines anderen Betriebs

Übernimmt der Versicherungsnehmer anstelle des bisherigen Betriebs während des Jahres einen andern gleichartigen Betrieb, hat dies keinen Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung. Der Versicherungsnehmer ist jedoch verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel zur Anpassung des Vertrags an die neuen Verhältnisse unverzüglich zu melden.

stand an seinem schweizerischen Sitz bzw. Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnort der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte im Ausland, so ist der Sitz des Versicherers ausschliesslicher Gerichtsstand.

Art. 33 Bezugstext

1. Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Allgemeinen Bedingungen massgebend.

G. Schlussbestimmungen

Art. 30 Verjährung

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

Art. 31 Mitteilungen

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

Art. 32 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus dieser Versicherung sind am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder Versicherungsnehmers und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichts-

Tabelle A

Versicherung mit Volldeckung Zusatzversicherungen: Anteil der vom zuständigen Versicherer nicht übernommenen Kosten

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

* Leistungen nur als Zusatz zur Unfallversicherung (UVG)