

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektive Deckung für Unfälle zusätzlich zum UVG

LAACAM02-A10 – Ausgabe 01.01.2011

Inhaltsverzeichnis

A. Umfang der Versicherung

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

B. Leistungen

- Art. 9** Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)
Art. 10 Taggeld
Art. 11 Invalidität
Art. 12 Todesfall
Art. 13 Rentenleistungen für den UVG-Überschusslohn
Art. 14 Anpassung des Leistungsanspruchs im Zeitpunkt der Pensionierung
Art. 15 Deckungserweiterung zur UVG-Versicherung
Art. 16 Ermittlung der versicherten Leistungen
Art. 17 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

C. Prämie

- Art. 18** Prämienberechnung
Art. 19 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung
Art. 20 Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie
Art. 21 Änderung des Prämientarifs
Art. 22 Mahnungen

D. Überschussbeteiligung

- Art. 23** Berechnung der Überschussbeteiligung

E. Schadenfall

- Art. 24** Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 25 Meldepflicht
Art. 26 Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

F. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 27** Vertragsdauer und Kündigung
Art. 28 Änderung der versicherten Gefahr

G. Schlussbestimmungen

- Art. 29** Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen
Art. 30 Verjährung
Art. 31 Mitteilungen
Art. 32 Erfüllungsort und Gerichtsstand

A. Umfang der Versicherung

Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

- Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Versicherungsantrag, die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Versicherungspolice und deren allfällige Nachträge.
- Für Fragen, die nicht nachstehend geregelt sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
- Ausserdem unterliegt der Vertrag dem Datenschutzgesetz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet.

Art. 2 Versicherte Personen

- 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 versicherte Tätigkeit unterliegen.

- Altersgrenze
Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und das AHV-Alter noch nicht erreicht haben, können der Versicherung beitreten.
- Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer
Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die aufgrund ihres Arbeitspensums im versicherten Unternehmen nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten in der obligatorischen Unfallversicherung gedeckt sind, ist der Versicherungsschutz dieser Zusatzversicherung ebenfalls auf Berufsunfälle und Berufskrankheiten beschränkt. Für diese Personen gelten Unfälle, die sich auf dem Weg zur Arbeit ereignen, als Berufsunfälle.

Art. 3 Gegenstand der Versicherung

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich gemäss den in der Versicherungspolice aufgeführten Garantien auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten, bei denen das UVG anwendbar ist oder wäre.
- Von der Versicherung sind ausgeschlossen:
 - vorsätzliche Schäden

- vom Versicherten bei der Begehung einer strafbaren Handlung herbeigeführte Unfälle (inkl. Unfälle unter Alkoholeinfluss)
- Unfälle infolge Erdbeben
- Folgen von Kriegsereignissen
 - 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 oder Versuche dazu
- Unfälle während des Militärdienstes im Ausland
- Teilnahme an kriegerischen, 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
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung jeder Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Beeinträchtigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

Art. 4 Begriffe

1. Berufsunfälle:
Als Berufsunfälle gelten alle Unfälle im Sinn des UVG die der Versicherungsnehmer in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet. Alle anderen gelten als Nichtberufsunfälle.
2. 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.

Art. 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Die Versicherungsdeckung beginnt frühestens an dem in der Police aufgeführten Datum und endet spätestens bei deren Erlöschen.
2. Für den einzelnen Versicherten beginnt der Versicherungsschutz an dem Tag, an dem er aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da er sich auf den Weg zur Arbeit begibt.
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, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist, innerhalb von maximal fünf Jahren nach dem Eintritt des im Rahmen des vorliegenden Vertrags versicherten Unfalls entschädigt.

4. Die Versicherung endet mit dem Tag vor Arbeitsantritt beim neuen Arbeitgeber oder mit der Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, jedoch spätestens mit dem 30. 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.
Die Versicherungsdeckung endet auch bei 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.
5. 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.

Art. 6 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Falls der Arbeitsvertrag mit dem Versicherungsnehmer endet oder 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. Die Versicherung wird somit als Zusatzversicherung 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 das Alter der zu versichernden Person im Zeitpunkt ihres Eintritts in die Kollektivversicherung.

Art. 7 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

Art. 8 Leistungskürzung bei grober Fahrlässigkeit, aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen

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. Vorbehalten bleibt Art. 3 Abs. 2.

B. Leistungen

Art. 9 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

a. UVG-Zusatzversicherung

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 (UVG-Zusatzversicherung).

Die Behandlungen müssen durch medizinisches Personal erbracht werden, das gemäss dem UVG anerkannt ist:

1. Ärztliche Behandlungen

Die Behandlungskosten, einschliesslich Medikamente und Analysen

2. Spitalaufenthalte

Die Behandlungs- und Pensionskosten in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital gemäss der in der Police vorgesehenen Versicherungs-klasse

3. Kur- und Erholungsaufenthalte

Die Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in einem Kur- oder Erholungsheim. 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 für denselben Unfall.

4. Alternativmedizin

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

Verzeichnis der Therapien

Naturheilverfahren:

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

Manuelle Therapien:

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

Psychotherapie:

Biodynamik, 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 vom UVG-Versicherer vorgenommenen Abzüge bei den Unterhaltskosten im Fall eines Aufenthalts in einer Heilanstalt.

6. 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 anlässlich eines versicherten Unfalls, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden

7. Hauspflege

Kostenübernahme in Ergänzung zum UVG:

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. Die Entschädigung einer im gemeinsamen Haushalt mit der verunfallten Person lebenden Person ist ausgeschlossen.

9. Transportkosten

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

10. Bergung und Überführung der Leiche

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

11. Suchaktionen

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

b. Leistungen Dritter

1. Falls die Heilungskosten nach lit. a durch die Eidgenössische Invalidenversicherung oder eine andere 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 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.

- 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 Taggeld

a. Anspruch

Sofern der Versicherte gemäss dem 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 Wartefrist gewährt. Die Wartefrist berechnet sich ab dem Datum, an dem die Arbeitsunfähigkeit vom Arzt anerkannt ist. Auf jeden Fall beginnt sie frühestens 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 Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

b. Leistungsdauer

Der Versicherer bezahlt das Taggeld während maximal fünf Jahren ab dem Unfalltag, höchstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung eines Invaliditätskapitals gemäss Art. 11 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.

c. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

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

d. 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 Verdienstaufschlags 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 Betrags abzutreten.

Bestehen für Taggelder zur Deckung des Verdienstaufschlags 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. 11 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. Kapitaleleistungen

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) sowie den Suva-Tabellen festgelegt. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder 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 entsprechend gewichtet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.

3. Gleichbleibende Kapitaleleistungen

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 der nachfolgenden 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
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

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditätsgrad %	Entschädigung nach Variante		
	ohne Progr.	A	B
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. 12 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 Versicherten 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. 11 der vorliegenden Allgemeinen Bestimmungen), die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfallleistung 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. 13 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 über die Komplementärrenten. Auf jeden Fall erlischt der Rentenanspruch mit Erreichen des AHV-Alters.

- Der Versicherer behält sich das Recht vor, Invalidenrenten auszukaufen, deren Monatsbetrag unter Fr. 200.- liegt.

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. 14 Anpassung des Leistungsanspruchs im Zeitpunkt der Pensionierung

Ab dem 1. Tag des Monats nach Erreichen des Rentenalters, das im Bundesgesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) festgesetzt ist, passt der Versicherer die Leistungen wie folgt an:

- a. Invalidität: Die Versicherungssumme ist auf maximal Fr. 100'000.– begrenzt (Variante ohne Progression).
- b. Todesfall: Die Versicherungssumme ist auf maximal Fr. 30'000.– begrenzt.

Art. 15 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 Selbstverschulden oder Wagnissen reduziert wurden.
2. Art. 3 Abs. 2 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 vollständig erlöschen.
4. Rentenleistungen, die im Rahmen dieser Zusatzbedingungen erbracht werden, sind nicht teuerungsindexiert.

Art. 16 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. der in der Police vereinbarten Kapitalkombination.
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. 17 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

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

C. Prämien

Art. 18 Prämienberechnung

Die Prämie der Unfallzusatzversicherung wird anhand des AHV-Lohns oder des vereinbarten Lohns der versicherten Personen berechnet. Zur Ermittlung des massgebenden Lohns sind zudem die verschiedenen Bestimmungen des UVG und der zugehörigen Verordnungen anwendbar.

Art. 19 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. 20 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.
2. Nach Ablauf jedes 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.
3. Übersteigt die Nach- oder Rückzahlung den Betrag von Fr. 500.–, kann der Versicherer die Vorauszahlungsprämie des folgenden Versicherungsjahres entsprechend anpassen.

Art. 20 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 einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer im Schadenfall im ersten Jahr nach Vertragsabschluss.
3. Die Bestimmungen über die definitive Prämienabrechnung gemäss Art. 19 bleiben vorbehalten.

Art. 21 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämienansatz je nach Entwicklung der Kosten und Schadenfälle sowie Änderung der Einreihung des Unternehmens 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. Um gültig zu sein, muss die Kündigung 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. 22 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. 23 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. 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. 24 Pflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer bzw. dem beauftragten Dritten falls notwendig die Ermächtigung erteilen, um in die Geschäftsbücher 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. Wird die Lohnsumme falsch mitgeteilt, kann der Versicherer die Leistungen ab Erhalt dieser Mitteilung und bis zur Bezahlung der aufgrund der berichtigten Mitteilung korrigierten Prämien einstellen. In schwerwiegenden Fällen kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten und die Bezahlung der Prämien des laufenden Kalenderjahres verlangen.

Art. 25 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 Unternehmens Opfer eines Unfalls wurde, der eine ärztliche Behandlung erfordert, zu einer Arbeitsunfähigkeit führte oder den Tod zur Folge hatte.

Art. 26 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. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 27 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 sein, muss die Kündigung spätestens am letzten Tag vor Beginn der Dreimonatsfrist beim Versicherer oder Versicherungsnehmer 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. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

Art. 28 Änderung der versicherten Gefahr

a. 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 zu kündigen.
- Die Kündigung erfolgt zwei Wochen nach der Mitteilung.
- Eine allfällige Mehrprämie ist vom Eintritt der Gefahrserhöhung an geschuldet.

b. Übernahme eines anderen Unternehmens

Übernimmt der Versicherungsnehmer anstelle des bisherigen Unternehmens während des Jahres ein anderes gleichartiges Unternehmen, hat dies keinen Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung. Der Versicherungsnehmer ist jedoch verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel unverzüglich zu melden, damit dieser den Vertrag an die neuen Verhältnisse anpassen kann.

G. Schlussbestimmungen

Art. 29 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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 Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten. Der Versicherer hält ein Adressenverzeichnis dieser Agenturen zur Verfügung.
2. Die Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 32 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Unter Vorbehalt besonderer gegenteiliger Bestimmungen sind die Verpflichtungen aus diesem Vertrag in der Schweiz und in Schweizer Franken zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnt der Versicherungsnehmer bzw. der Anspruchsberechtigte im Ausland, ist der Sitz des Versicherers einziger Gerichtsstand.