

Besondere Bedingungen der Versicherung Acrobat

AB

ABGA02-A5 – Ausgabe 01.02.2004

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 9	Leistungsanspruch
Art. 2	Versicherte Ereignisse	Art. 10	Heilungskosten und diverse Kosten
Art. 3	Unfallbedingte Verletzungen	Art. 11	Invaliditätskapital
Art. 4	Aufnahmebedingungen	Art. 12	Kapital im Todesfall
Art. 5	Ende des Versicherungsvertrags	Art. 13	Befreiung von der Prämienzahlung
Art. 6	Automatische Anpassung der Versicherung (ab 19 Jahren)	Art. 14	Leistungen Dritter
Art. 7	Leistungsstufen	Art. 15	Selbstverschulden
Art. 8	Versicherungsarten	Art. 16	Mitwirkung unfallfremder Tatsachen
		Art. 17	Festsetzung und Zahlung der Prämien

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Zweck der Versicherung

Acrobat deckt die wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls.

Art. 2 Versicherte Ereignisse

1. Versichert sind Unfälle in der Schule und im täglichen Leben, einschliesslich Unfälle bei Spiel und Sport und bei der Benützung von Motorfahrzeugen mit den erforderlichen Bewilligungen.
2. Versichert sind ebenfalls Unfälle und Berufskrankheiten, die durch die obligatorische Unfallversicherung (UVG) gedeckt sind.

Art. 3 Unfallbedingte Verletzungen

1. Zusätzlich zu den Bestimmungen, die in den Allgemeinen Bedingungen für Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, werden auch folgende Fälle als Unfälle bezeichnet: Meniskusverletzungen, die frühestens zwei Jahre nach Versicherungsbeginn auftreten und erstmals behandelt werden, sowie die Folgen von Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich und Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand. Ertrinken gilt als Unfall.
2. Die Leistungen werden auch ausgerichtet für Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte im Rahmen von Therapie- und Untersuchungsmassnahmen erleidet, die mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein kann der Versicherung Acrobat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beitreten.

Art. 5 Ende des Versicherungsvertrags (Höchstalter des Versicherten)

Zusätzlich zu den Bestimmungen, die in den Allgemeinen Bedingungen für Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, endet der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen am Ende des Jahrs, in dem der Versicherte sein 18. Lebensjahr erreicht.

Art. 6 Automatische Anpassung der Versicherung (ab 19 Jahren)

1. Wenn der Vertrag aus den in Artikel 5 genannten Gründen ausläuft, werden Versicherte mit Stufe 1 oder 2 (vgl. Artikel 7) automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit derselben Versicherungssumme überwiesen. Versicherte mit Stufe 1P (vgl. Artikel 7) werden automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen. Die Versicherungen treten am 1. Januar des Jahrs in Kraft, das auf das Ende der Acrobat-Versicherung folgt.
2. Der Versicherte hat das Recht, den Übertritt in die Versicherung ProVista (ID) respektive ActiVita (AJ) innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice zu verweigern. Er teilt dies dem Versicherer schriftlich mit.

Art. 7 Leistungsstufen

1. Der Versicherungsvertrag wird nach einer der folgenden Stufen abgeschlossen:
 - Stufe 1 – Acrobat^{light}
 - Stufe 1P – Acrobat^{eco}
 - Stufe 2 – Acrobat^{standard}

- Die auf der Versicherungspolice bezeichnete Stufe entscheidet über den Leistungsanspruch.

Art. 8 Versicherungsarten

- Acrobat gewährt je nach gewählter Deckungsstufe (s. Art. 7.1) folgende Leistungen:
 - Heilungskosten und diverse Kosten (Art. 10)
 - Kapital bei einem Spitalaufenthalt (Art. 10)
 - Kapital infolge Invalidität (Art. 11)
 - Kapital im Todesfall (Art. 12)
- Die versicherten Leistungen jeder Stufe sind in Anhang B zusammengefasst.

Art. 9 Leistungsanspruch

- Die Vertragsleistungen werden für Unfälle ausgerichtet, die sich nach Inkraftsetzung der Versicherung ereignet haben.
- Die Ausrichtung der Leistungen setzt die Einreichung eines Arzzeugnisses, eines Totenscheins oder eines Erbscheins voraus. Es werden nur Originaldokumente angenommen.

Art. 10 Heilungskosten und diverse Kosten

- Die Heilungskosten sind zusätzlich zu den Leistungen von den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen, besonders KVG, UVG und IVG, versichert.
- Der Versicherer übernimmt nur die Differenz zwischen den geschuldeten Leistungen der unter Punkt 1 erwähnten Sozialversicherungen und den Leistungen, die unter den Punkten 3.1 bis 3.11 vorgesehen sind. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden.
- Die folgenden Leistungen werden vergütet (s. Anhang B, der integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):
 - 1. Medizinische Kosten in der Schweiz (allgemeine Abteilung)**

Die Kosten für notwendige Behandlungen, einschliesslich Analysen und Medikamente (mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung LPPV), die durch einen Arzt, Chiropraktiker oder Zahnarzt vorgenommen oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Pension auf der allgemeinen Abteilung in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital.
 - 2. Medizinische Kosten bei Notfall im Ausland**

Die Kosten für die notwendige ambulante oder stationäre medizinische Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet.
 - 3. Hauspflege und Haushaltshilfe**

Nach einem Krankenhausaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten der vorgesehene Betrag für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehören muss. Auf der Grundlage desselben Tarifs kann einem Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht, um den Versicherten zu pflegen, ein Beitrag ausbezahlt werden.
 - 4. Hilfsmittel und Krankenmobiliar**

Die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen,

Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) derselben, wenn diese bei einem versicherten Unfall, der eine Körperverletzung verursacht hat und eine medizinische Behandlung nötig macht, beschädigt oder zerstört werden.

Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar.

5. Kosten für Transport, Suche und Rettung

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge des Unfalls bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur für Transporte mittels Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht. Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

Die notwendigen Such- und Rettungskosten, falls sich der Versicherte in einer nachweisbaren Notsituation befand, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt.

6. Ästhetische Chirurgie

Die notwendigen Kosten für ästhetische Chirurgie, falls der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte körperliche Entstellung nach sich gezogen hat.

7. Zusätzliche Leistungen, wenn der Unfall im Ausland erfolgt

– Wird der Versicherte im Ausland ins Spital eingeliefert und kann er aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, werden die Reisekosten von Angehörigen des Versicherten an den Ort des Spitalaufenthalts, wenn der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert, übernommen.

– Bei Tod des Versicherten im Ausland werden die Transportkosten für die Rückführung seiner sterblichen Überreste an Bord eines regulären Linienflugzeugs oder mit einem hierfür vorgesehenen Wagen bis zum Wohnort in der Schweiz übernommen.

8. Kosten für Nachhilfestunden

Die bescheinigten Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten und entsprechend ausgebildeten Person erteilt werden, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr in der Lage ist, dem Unterricht zu folgen.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.8 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 1P die unter 3.9 aufgeführte Leistung.

9. Medizinische Kosten in der Schweiz (private Abteilung)

Alle unter 3.1. aufgeführte Kosten auch in der privaten Abteilung eines vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spitals.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.9 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 2 folgende Leistungen:

10. Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Vorgesehene Leistungen nach den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance, deren Bestimmungen integraler Bestandteil dieser Vertragsbedingungen sind.

11. Kapital bei Spitalaufenthalt

Bei einem Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital oder im Ausland wird ein Kapital von Fr. 500.– pro Kalenderjahr ausbezahlt.

Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt auf Wunsch des Versicherungsnehmers und gegen Vorweisung der Spitalrechnung. Der Vertrauensarzt des Versicherers wird ermächtigt, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.

Art. 11 Invaliditätskapital

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

a. Kapital

Das versicherte Kapital bei Invalidität beträgt Fr. 200'000.–.

b. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität und der Skala gemäss Buchstabe c bestimmt.

c. Invaliditätsgrad

1. Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:

– Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Glieds des Daumens	5%
– Verlust eines Daumens	20%
– Verlust einer Hand	40%
– Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben	50%
– Verlust einer Grosszehe	5%
– Verlust eines Fusses	30%
– Verlust einer Niere	20%
– Verlust der Milz	10%
– Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40%
– Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	15%
– Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15%
– Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	30%
– vollständige Taubheit	85%
– vollständige Blindheit	100%
– habituelle Schulterluxation	10%
– Verlust eines Beins im Kniegelenk	40%
– Verlust eines Beins oberhalb des Kniegelenks	50%
– Verlust einer Ohrmuschel	10%
– Verlust der Nase	30%
– Skalpierung	30%
– sehr schwere Entstellung im Gesicht	50%
– schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25%
– sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%
– Paraplegie	90%
– Tetraplegie	100%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion	80%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion	80%

- Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit 20%
 - posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle 30%
 - sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom 80%
2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.
 3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.
 4. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der genannten Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen durch Analogieschluss unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.
 5. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.
 6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermassen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.
 7. Die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt zum Zeitpunkt, in dem der Zustand des Versicherten als definitiv angenommen wird, spätestens jedoch fünf Jahre nach dem Unfall.

d. Progression

1. Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.
2. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

Art. 12 Kapital im Todesfall

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird ein Kapital von Fr. 10'000.– ausbezahlt.
2. Die Anspruchsberechtigten sind:
 - Vater und Mutter, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Brüder und Schwestern, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Grosseltern, zu gleichen Teilen
3. In Abwesenheit der oben genannten Überlebenden kommt der Versicherer nur für den Teil der Beerdigungskosten auf, die nicht von einem anderen Versicherer gedeckt sind. Die Höchstsumme entspricht dem versicherten Kapital unter Punkt 1.
4. Eventuelle Leistungen für Invalidität, die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.
5. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

Art. 13 Befreiung von der Prämienzahlung

1. Der Versicherer übernimmt die ganze Zahlung der periodischen Prämien von Acrobat bis zum Vertragsende (s. Art. 5), wenn, infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Unfalls, der Vater oder die Mutter mit einem Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am ersten Tag des Monats nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss schriftlich an den Versicherer unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbuch) beantragt werden.

Art. 14 Leistungen Dritter

Die in den Sozialversicherungen (KVG, UVG und IVG) vorgesehenen Franchisen, Selbstbeteiligung an Kosten und die eventuell vom Krankenversicherer in Rechnung gestellten Gebühren werden nicht bezahlt.

Art. 15 Selbstverschulden

Der Versicherer verzichtet auf eine Kürzung seiner Leistungen bei Unfällen, die auf Unvorsichtigkeit oder Grobfahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

Art. 16 Mitwirkung unfallfremder Tatsachen

Sind die Gesundheitsschäden nur zum Teil auf einen versicherten Unfall zurückzuführen, werden die Leistungen auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens verhältnismässig festgesetzt.

Art. 17 Festsetzung und Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar. Auf besondere Vereinbarung und gegen Zuschlag können sie aber auch halb- bzw. vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.
3. Die Prämien sind für den ganzen Monat geschuldet.

Anhang A

Invaliditätsgrad %	Entschädigung %	Invaliditätsgrad %	Entschädigung %	Invaliditätsgrad %	Entschädigung %
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
30	40	55	125	80	250
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
35	55	60	150	85	275
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
40	70	65	175	90	300
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
45	85	70	200	95	325
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
50	100	75	225	100	350

Anhang B

Leistungen	Acrobat ^{standard} (Stufe 2)	Acrobat ^{light} (Stufe 1)	Acrobat ^{eco} (Stufe 1P)
Ambulante Behandlungen Spitalaufenthalt in der Schweiz und im Ausland Limitierte und nicht kassenpflichtige Arzneimittel	Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spalkosten in der privaten Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, UVG und IVG vorgesehenen Leistungen übernommen.	Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spalkosten in der allgemeinen Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, UVG und IVG vorgesehenen Leistungen übernommen.	Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spalkosten in der privaten Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, im UVG und im IVG vorgesehenen Leistungen übernommen.
Hauspflege und Haushaltshilfe	maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht	maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht	maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht
Hilfsmittel und Krankenmobiliar	Mietkosten und Kosten der Eranschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert)	Mietkosten und Kosten der Eranschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert)	Mietkosten und Kosten der Eranschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert)
Kosten für Transport, Suche und Rettung	maximal Fr. 50'000.– pro Fall	maximal Fr. 50'000.– pro Fall	maximal Fr. 50'000.– pro Fall
Unfall im Ausland: zusätzliche Leistungen	Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten bis an den Ort der Krankenhauseinweisung, insofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall)	Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten bis an den Ort der Krankenhauseinweisung, insofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall)	Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten bis an den Ort der Krankenhauseinweisung, insofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall)
Assistance und Rückführung	Groupe Mutuel Assistance	keine Leistungen	keine Leistungen
Ästhetische Chirurgie	maximal Fr. 20'000.–	maximal Fr. 20'000.–	maximal Fr. 20'000.–
Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten Person erteilt werden	bis zu Fr. 3'000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen	bis zu Fr. 3'000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen	bis zu Fr. 3'000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen
Kapital im Todesfall	Fr. 10'000.–	Fr. 10'000.–	keine Leistungen
Kapital im Invaliditätsfall	Fr. 200'000.– (Progression 350%)	Fr. 200'000.– (Progression 350%)	keine Leistungen
Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt	Fr. 500.– pro Jahr	keine Leistungen	keine Leistungen
Befreiung von der Prämienzahlung	volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr	volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr	volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
Örtlicher Geltungsbereich	weltweit	weltweit	weltweit