

## **SafetyPro – Allgemeine Bedingungen der individuellen Unfallversicherung Zusatzdeckung zum UVG oder volle Deckung AVB**

Ausgabe 01.01.2006

### **Inhaltsverzeichnis**

#### **A. Allgemeine Bestimmungen**

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

#### **B. Leistungen**

- Art. 8** Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)  
**Art. 9** Spitaltaggeld  
**Art. 10** Taggeld  
**Art. 11** Invalidität  
**Art. 12** Todesfall  
**Art. 13** Anpassung des Vertrags an das Rentenalter  
**Art. 14** Ermittlung der versicherten Leistungen  
**Art. 15** Anrechnung auf Haftpflichtansprüche  
**Art. 16** Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

#### **C. Prämie**

- Art. 17** Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung  
**Art. 18** Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie  
**Art. 19** Änderung des Prämientarifs  
**Art. 20** Mahnung, Betreibungsandrohung und Betreibung

#### **D. Schadenfall**

- Art. 21** Meldepflicht  
**Art. 22** Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

#### **E. Vertragsdauer**

- Art. 23** Vertragsdauer und Kündigung  
**Art. 24** Versicherungsperiode  
**Art. 25** Verletzung der Anzeigepflicht  
**Art. 26** Änderung der versicherten Gefahr

#### **F. Schlussbestimmungen**

- Art. 27** Verjährung  
**Art. 28** Mitteilungen  
**Art. 29** Erfüllungsort und Gerichtsstand  
**Art. 30** 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 derselben.
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 Versicherte mit Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein die Bestimmungen des liechtensteinischen Gesetzes vom 6. Juni 1941 betreffend die Übernahme des VVG integrierender Bestandteil des Versicherungsvertrags.

### **Art. 2 Versicherte Personen**

Jede Person kann nach dem abgeschlossenen 15. Lebensjahr bis zum Erreichen des AHV-Alters eine der folgenden Versicherungsformen wählen:

- a. Zusatzversicherung zum UVG: soweit die Person der obligatorischen Unfallversicherung UVG unterliegt
- b. voller Versicherungsschutz: sofern die Person nicht versichert oder nicht mehr obligatorisch oder freiwillig gegen Berufs- oder Nichtberufsunfälle gemäss dem UVG versichert ist

### **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 Versicherte in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet. Alle anderen Unfälle 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 Vertrags stattfand.
5. Für gewisse im Gesetz 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. Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police angegebenen Datum.
2. Der Versicherungsschutz sowie der Anspruch auf Leistungen enden:
  - a. mit dem Tod des Versicherten
  - b. bei Kündigung durch den Versicherten oder den Versicherer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist
  - c. bei Kündigung durch den Versicherten im Schadenfall
  - d. bei einer definitiven Abreise ins Ausland mit dem Ablauf der Versicherungsperiode, für welche die Prämie bezahlt wurde, sofern kein anderes Abkommen vorgesehen ist
3. Rückfälle werden innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach dem Eintritt des im Rahmen des vorliegenden Vertrags versicherten Unfalls berücksichtigt, sofern die Police zum Zeitpunkt des Rückfalls in Kraft war.

## Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

## Art. 6 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. Art. 7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleibt vorbehalten.

## Art. 7 Ausschlüsse aus der Versicherung

1. Für Berufs- und Nichtberufsunfälle, bei denen das UVG 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 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 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. 8 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

#### a. Zusatzversicherung zum UVG oder voller Versicherungsschutz

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 dem 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  
Kosten für die Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen
2. Spitalaufenthalte  
Behandlungs- und Pensionskosten entsprechend der in der Police vorgesehenen Versicherungsklasse in einem vom Versicherer anerkannten, schweizerischen Spital
3. Kur- und Erholungsaufenthalte  
Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in

einem Kur- oder Erholungsheim im Sinn des nachstehenden Art. 9. 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-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, 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 vom Unfallversicherer vorgenommenen Abzüge bei den Unterhaltskosten im Fall eines Aufenthalts in einer Heilanstalt.

#### 6. Hilfsmittel

Kosten für die erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, die körperliche Schädigungen, 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

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 Ent-

schädigung 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

Während der gesamten Behandlungsdauer die für den Transport des Versicherten an den Behandlungs-ort notwendigen Kosten. 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.–	wenn sie mehr als Fr. 2'000.– betragen
Fr. 800.–	wenn sie mehr als Fr. 3'000.– betragen
Fr. 1'000.–	wenn sie mehr als Fr. 4'000.– betragen

### **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 rückerstattet.

### **c. Zusatzversicherung zum UVG**

Falls zum Zeitpunkt des Unfalls kein Versicherungsschutz nach UVG bestand oder er nicht mehr besteht, übernimmt der Versicherer nur die Hälfte der Kosten, die gemäss Art. 8 Bst. a Abs. 1 und 3 geschuldet sind; die in Art. 8 Bst. a Abs. 4 und 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 Bst. 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 denjenigen der tat-

sächlich aus dem Unfall entstandenen Kosten nicht übersteigen. Der Versicherer vergütet die bei ihm versicherten Kosten 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. 9 Spitaltaggeld

### a. Anspruch

Für die Dauer eines ärztlich verordneten, medizinisch notwendigen Aufenthaltes 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 stand.

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 ersten Tag seit dem Unfall bezahlt:

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

## Art. 10 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 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 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 diesbezüglichen Vorladung ohne stichhaltigen Grund nicht nach, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern, resp. die Rückerstattung der bereits 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. 11 der Allgemeinen Bedingungen.

### d. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

Bestehen für Taggelder zur Deckung des Verdienstauffalls mehrere Versicherungen bei anerkannten Versicherern, wird der gesamte Lohnausfall einmal ausgerichtet. 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 Bst. b Abs. 3) und/oder
- die Kosten für Schönheitschirurgie gemäss Bst. c und/oder
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung gemäss Bst. d.

### 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 vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe 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:

<b>Leistungen in % der Versicherungssumme</b>			
<b>Invaliditätsgrad %</b>	<b>Entschädigung nach Variante</b>		
	<b>ohne Progr.</b>	<b>A</b>	<b>B</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

## Leistungen in % der Versicherungssumme

<b>Invaliditätsgrad %</b>	<b>Entschädigung nach Variante</b>		
	<b>ohne Progr.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
77	77	156	235
76	76	153	230
75	75	150	225
74	74	147	220
73	73	144	215
72	72	141	210
71	71	138	205
70	70	135	200
69	69	132	195
68	68	129	190
67	67	126	185
66	66	123	180
65	65	120	175
64	64	117	170
63	63	114	165
62	62	111	160
61	61	108	155
60	60	105	150
59	59	102	145
58	58	99	140
57	57	96	135
56	56	93	130
55	55	90	125
54	54	87	120
53	53	84	115
52	52	81	110
51	51	78	105
50	50	75	100
49	49	73	97
48	48	71	94
47	47	69	91
46	46	67	88
45	45	65	85
44	44	63	82
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67
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

<b>Leistungen in % der Versicherungssumme</b>			
<b>Invalidi-</b>	<b>Entschädigung nach Variante</b>		
<b>tätsgrad %</b>	<b>ohne Progr.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
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 Sinne von Bst. 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 ausser den in Bst. b und c genannten Leistungen auch die dafür anfallenden angemessenen Kosten, falls diese nicht durch einen anderen Versicherer gedeckt sind, höchstens aber Fr. 20'000.-.

## Art. 12 Todesfall

### a. Anspruch

Falls der Unfall den Tod des Versicherten zur Folge hat, bezahlt der Versicherer das vereinbarte Todesfallkapital den Berechtigten 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 dessen 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 dieser 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 Anpassung des Vertrags an das Rentenalter

Ab dem 1. Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Versicherte das Rentenalter gemäss dem Bundesgesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) erreicht, passt der Versicherer die vertraglichen Leistungen wie folgt an:

- a. Heilungskosten:  
Die Heilungskostenversicherung (Art. 8) erlischt. Auf Gesuch des Versicherten kann diese jedoch mittels einer Sondervereinbarung 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. 10) erlischt. Falls der Versicherte nach Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters weiterhin eine regelmässige berufliche Tätigkeit ausübt, kann die Versicherung mittels einer Sondervereinbarung 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. 14 Ermittlung der versicherten Leistungen

1. Das Taggeld kann entweder in einem Pauschalbetrag bestehen oder nach dem versicherten Tageseinkommen berechnet werden.
2. Im Fall der Invalidität und des Todes werden die Leistungen nach der in der Police vereinbarten Kombination der Kapitalbeträge berechnet.
3. Sofern in der Police nichts anderes vereinbart wurde, wird der versicherte Verdienst nach den Bestimmungen des UVG festgelegt.  
Wenn in der Police nichts anderes festgelegt wurde, wird der massgebliche Gesamtlohn auf höchstens Fr. 300'000.– pro Versicherten und Jahr begrenzt.

## Art. 15 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

Die gemäss den vorliegenden AVB geleisteten Entschädigungen werden auf allfällige Haftpflichtansprüche des Versicherten oder seiner Hinterlassenen gegen Betriebsangehörige angerechnet.

## Art. 16 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

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

## C. Prämie

### Art. 17 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung

1. Ohne gegenteilige Vereinbarung wird die Prämie pro Versicherungsjahr festgelegt. Sie ist im Voraus zu Beginn des Versicherungsjahrs zu zahlen.  
Wurden Ratenzahlungen vereinbart, sind die im Jahresverkauf fälligen Raten geschuldet. Die Zahlungsfrist beträgt ein Monat nach Fälligkeit.

Vorbehalten bleibt Art. 19 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen.

2. Falls die Prämie für das Taggeld nach dem versicherten Tageseinkommen berechnet wird, wird nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahrs oder nach Auflösung des Vertrags die definitive Prämienabrechnung vorgenommen. Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer alle zur Erstellung der endgültigen Abrechnung der Prämie notwendigen Informationen zukommen zu lassen (Gehalts- oder AHV- Abrechnungen).  
Der Versicherer teilt dem Versicherten den Betrag einer möglichen Nachzahlung mit, der 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 Versicherten rückerstattet. Beläuft sich die Nachzahlung oder der Überschuss auf einen Betrag unter Fr. 20.–, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

### Art. 18 Rückerstattung der nicht geschuldeten Prämie

1. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahrs gekündigt, erstattet der Versicherer dem Versicherten die bezahlte Prämie zurück, die 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 im Falle der Kündigung durch den Versicherten im Schadenfall im ersten Jahr nach Abschluss des Vertrags.
3. Die Bestimmungen über die definitive Prämienabrechnung gemäss obenstehendem Art. 18 bleiben vorbehalten.

### Art. 19 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann die Prämien, die eine oder mehrere Versicherungsleistungen betreffen (AVB Art. 8 bis 12), gemäss Kostenentwicklung und Schadenverlauf anpassen. Die Vertragsanpassung tritt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr in Kraft.
2. Der Versicherer gibt dem Versicherten die neuen Vertragsbestimmungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahrs bekannt. Der Versicherer hat daraufhin das Recht, den Vertrag in Bezug auf den von der Änderung betroffenen Teil auf Ende des laufenden Kalenderjahrs zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, mittels eingeschriebenem Brief (LSI) gesandt werden und beim Versicherer spätestens am 31. Dezember eintreffen.
3. Unterlässt der Versicherte die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung des Vertrags.

### Art. 20 Mahnung, Betreibungsandrohung und Betreibung

1. Werden die Prämie oder die Prämienanzahlungen nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuld-

ner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

2. Für Unfälle und ihre Folgen, die während der Einstellung der Leistungspflicht bestanden haben oder aufgetreten sind, kann der Versicherte keine Leistungen geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.
3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherten ein, können Verwaltungskosten sowie Kosten für die Eröffnung des Betreibungsdossiers gefordert werden.

## D. Schadenfall

### Art. 21 Meldepflicht

Der Versicherte hat 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.

### Art. 22 Folgen bei verspäteter Unfallmeldung

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.

## E. Vertragsdauer

### Art. 23 Vertragsdauer und Kündigung

1. Nach fünf Versicherungsjahren können die Vertragsparteien den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahrs kündigen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats Juni bei der Gegenpartei eingetroffen ist.
2. Nach einem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung zu erbringen hat, ist der Versicherte berechtigt, innert 14 Tagen nach Kenntnisnahme der Leistungsauszahlung vom entsprechenden Vertragsteil zurückzutreten. Tritt der Versicherte vom Vertrag zurück, so erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
3. Bei Änderung der beruflichen Situation (neuer Arbeitgeber, der ergänzend zum UVG eine Deckung gewährt), hat der Versicherte die Möglichkeit, seinen Versicherungs-

vertrag mit einer Frist von einem Monat auf Ende eines Monats zu kündigen. Wird der Vertrag vor Ablauf eines Versicherungsjahrs gekündigt, vergütet der Versicherer den Anteil der Prämie für die nicht verstrichenen Zeitperiode.

4. Jede Kündigung muss per Einschreibebrief (LSI) mitgeteilt werden.

### Art. 24 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.

### Art. 25 Verletzung der Anzeigepflicht

Hat der Versicherte beim Abschluss des Versicherungsvertrags eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag zu kündigen.

### Art. 26 Änderung der versicherten Gefahr

- a. Gefahrerhöhung  
Tritt eine erhebliche Änderung ein (z. B. Änderung der Art des Betriebs oder des versicherten Berufs) und wird dadurch eine wesentliche Gefahrerhöhung herbeigeführt, hat der Versicherte dies dem Versicherer sofort schriftlich mitzuteilen. Unterlässt der Versicherte diese Mitteilung, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden. Wenn der Versicherte seiner Meldepflicht nachgekommen ist, ist die erhöhte Gefahr gedeckt. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, innert 14 Tagen nach Eingang der Anzeige, den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung tritt zwei Wochen nach deren Eröffnung in Kraft. Eine allfällige Mehrprämie ist vom Eintritt der Gefahrerhöhung an geschuldet.
- b. Übernahme eines anderen Betriebs  
Übernimmt der Versicherte anstelle des bisherigen Betriebs während des Jahrs einen anderen gleichartigen Betrieb, hat dies keinen Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung. Der Versicherte ist jedoch verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel zwecks Anpassung des Vertrags an die neuen Verhältnisse unverzüglich zu melden.

## **F. Schlussbestimmungen**

### **Art. 27 Verjährung**

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

### **Art. 28 Mitteilungen**

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

### **Art. 29 Erfüllungsort und Gerichtsstand**

1. Die Verpflichtungen aus dieser Versicherung sind am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherten bzw. dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Sitz bzw. Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnt der Versicherte bzw. Anspruchsberechtigte im Ausland, so ist der Sitz des Versicherers ausschliesslicher Gerichtsstand.

### **Art. 30 Bezugstext**

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Allgemeinen Bedingungen massgebend.

# SafetyPro – Tabelle A

## Globalversicherung: volle Unfaldeckung

### 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
Spitalaufenthalt	ärztliche Behandlung, Unterkunft und Pension (Halb- und Privatabteilung) in den 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
Alternativmedizin	Fr. 70.– pro Sitzung, maximal Fr. 1'000.– pro Jahr
Abzüge bei den Unterhaltskosten	die vom UVG-Versicherer oder vom schweizerischen Militärversicherer 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 fünf Jahre seit dem ersten Unfalltag

#### 2. Spitaltaggeld

Betrag	je nach vereinbarter Versicherungssumme
Dauer	Spitalaufenthalt: maximal 360 Tage innerhalb von fünf Jahren Kuren und Erholungsaufenthalte: 30 Tage pro Aufenthalt, maximal 120 Tage innerhalb von fünf Jahren
Hauspflege zur Vermeidung eines Spitalaufenthalt	50% der vereinbarten Entschädigung, maximal 200 Tage pro Unfall

#### 3. Taggeld

Betrag	fest vereinbartes Taggeld oder % des Gehalts, maximal versicherbares Einkommen Fr. 300'000.– pro Jahr
Wartezeiten	zwischen 0 und 180 Tagen
Dauer	maximal 720 Tage über einen Zeitraum von fünf Jahren pro Unfall

#### 4. Invalidität

Kapital	je nach vereinbarter Versicherungssumme
Progressionsvarianten	drei Varianten: ohne Progression, 225% oder 350%
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
Bestattungskosten	10% der vereinbarten Versicherungssumme, bei Fehlen von gesetzlichen Erben maximal Fr. 10'000.–