

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB) Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

Ausgabe 2002

Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Bestimmungen

- Art. 1 Versicherte Personen
- Art. 2 Änderung im Personalbestand
- Art. 3 Versicherungssystem

B Deckungsumfang

- Art. 4 Versicherte Unfälle
- Art. 5 Nicht versicherte Unfälle
- Art. 6 Zeitliche Geltung für den einzelnen Versicherten

C Schadenfall

- Art. 7 Obliegenheiten
- Art. 8 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
- Art. 9 Ermittlung der Leistungen bei Versicherung nach Lohnsystem
- Art. 10 Kürzung und Verweigerung der Versicherungsleistungen
- Art. 11 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

D Beginn, Dauer und Ende der Versicherung

- Art. 12 Beginn
- Art. 13 Vertragsdauer und Kündigung auf Vertragsablauf
- Art. 14 Kündigung im Schadenfall

E Prämie

- Art. 15 Prämienberechnungsgrundlagen
- Art. 16 Fälligkeit, Ratenzahlung, Rückerstattung, Verzug
- Art. 17 Prämienabrechnung
- Art. 18 Änderung des Prämientarifs

F Schlussbestimmungen

- Art. 19 Übertritt in die Einzelversicherung
- Art. 20 Mitteilungen
- Art. 21 Gerichtsstand
- Art. 22 Gesetzliche Bestimmungen

A Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Versicherte Personen

A Versichert sind die in der Police bezeichneten und durch die Unfallversicherung gemäss UVG obligatorisch versicherten Personen. Die Bezeichnung kann mit oder ohne Namensangabe erfolgen.

Nichtberufsunfall-Versicherte des Versicherungsnehmers sind auch dann versichert, wenn der Unfall durch die gesetzliche Unfallversicherung eines anderen Arbeitgebers zu entschädigen ist.

B Nur aufgrund besonderer Vereinbarung sind versichert:

1. der Versicherungsnehmer
2. die mitarbeitenden Familienglieder gemäss UVG, sofern auf deren Lohn keine Beiträge der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) erhoben werden.

Voraussetzung für die Mitversicherung dieser Personen ist, dass sie der Unfallversicherung gemäss UVG freiwillig beigetreten sind.

Art. 2 Änderung im Personalbestand

A Bei der Versicherung mit Namensangabe sind andere als die in der Police bezeichneten Personen erst versichert, nachdem deren Mitversicherung vereinbart worden ist.

B Ist die Versicherung ohne Namensangabe, jedoch mit jährlicher Prämienabrechnung (Art. 17 AB) abgeschlossen, so sind Änderungen bezüglich der versicherten Personen nicht anzuzeigen, sondern lediglich in der Deklaration zur Prämienabrechnung zu berücksichtigen.

Art. 3 Versicherungssystem

Die Versicherung kann nach dem Lohnsystem und/oder dem Kopfsystem abgeschlossen werden.

Beim Lohnsystem berechnen sich Versicherungssummen und Prämien aufgrund der Löhne. Beim Kopfsystem hingegen werden für Versicherungssummen und Prämien feste Beträge vereinbart.

B Deckungsumfang

Art. 4 Versicherte Unfälle

- A Die Versicherung erstreckt sich auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), die sich während der Gültigkeitsdauer der vorliegenden Zusatzversicherung ereignen, beziehungsweise verursacht werden.
- B Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die im versicherten Betrieb aufgrund ihrer Arbeitsdauer durch die gesetzliche Unfallversicherung nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, besteht durch die Zusatzversicherung ebenfalls nur Deckung für Berufsunfälle und Berufskrankheiten. Unfälle auf dem Arbeitsweg gelten für diese Personen als Berufsunfälle.
- C Im Gegensatz zu den Bestimmungen des UVG sind Unfälle im schweizerischen Zivildienst, Militärdienst und Zivilschutz in Friedenszeiten mitversichert. Solche Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.
- D Versichert sind alle Kauschäden (Zahnbruch), bei denen der Unfallbegriff nach UVG bis auf das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt ist.
- E Bei Berufskrankheiten, für die der UVG-Versicherer des durch diese Police versicherten Betriebes
- die gesetzlichen Leistungen nur teilweise erbringt, vergütet die Gesellschaft die Leistungen aus der Zusatzversicherung im Verhältnis dieser Teilleistungen zu den Gesamtleistungen gemäss UVG;
 - keine gesetzlichen Leistungen erbringt, besteht auch kein Anspruch auf Leistungen aus der Zusatzversicherung.

Im übrigen sind die Berufskrankheiten den Unfällen gleichgestellt.

Art. 5 Nicht versicherte Unfälle

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle, für die gemäss UVG keine Leistungen erbracht werden, sowie Unfälle, die sich ereignen

- A infolge von kriegerischen Ereignissen
- in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein
 - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält und dort vom Ausbruch kriegerischer Ereignisse überrascht worden ist;

C Schadenfall

Art. 7 Obliegenheiten

- A Ist ein Unfall eingetreten, so ist dieser der Gesellschaft unverzüglich schriftlich zu melden. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies der Gesellschaft innert 24 Stunden anzuzeigen.
- B Nach dem Unfall ist sobald als möglich eine Medizinalperson gemäss UVG beizuziehen. Ferner hat der Versicherte beziehungsweise Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Unfalles und seiner

- B bei inneren Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte lege glaubhaft dar, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- C bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und Motorbooten sowie Trainingsfahrten auf der Rennstrecke;
- D durch Erdbeben in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein;
- E durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art. Versichert sind jedoch Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls. Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit für den versicherten Betrieb sind ebenfalls mitversichert, sofern sie eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung begründen.

Art. 6 Zeitliche Geltung für den einzelnen Versicherten

- A Die Versicherung beginnt an dem Tag, an dem der Arbeitnehmer aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Falle aber im Zeitpunkt, da er sich auf den Weg zur Arbeit begibt. Vorbehalten bleibt Art. 2 AB.
- B Die Versicherung erlischt mit dem Ablauf des Tages, welcher dem Antritt einer neuen Stelle vorangeht, spätestens aber 30 Tage, nachdem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört. Wenn ausländische Staatsangehörige aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer ausscheiden und die Schweiz verlassen, endet die Versicherung spätestens 24 Stunden nach Verlassen der Schweiz.
- Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag.
- C Für Versicherte, die in Verletzung des Arbeitsvertrages die Arbeit nicht antreten oder unterbrechen, ruht die Versicherung bis zum Arbeitsantritt oder zur Wiederaufnahme der Arbeit.

Folgen dienen kann; der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft zu entbinden und die Untersuchung durch die von der Gesellschaft beauftragten Ärzte zu gestatten.

- C Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Gesellschaft befugt, die Entschädigung zu verweigern oder um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei bedingungsgemässen Verhalten vermindert hätte, es sei denn, der Versicherungsnehmer beziehungsweise An-

spruchsberechtigte weise nach, dass die Vertragsverletzung unverschuldet war oder auf den Schaden beziehungsweise die Rechtsstellung der Gesellschaft keinen Einfluss ausgeübt hat.

Art. 8 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Wenn Krankheiten, Krankheitszustände oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben oder unabhängig von ihm nach seinem Eintritt entstehen, auf die Unfallfolgen nachteilig wirken, so werden die Leistungen der Gesellschaft für den Todes- und Invaliditätsfall nach sachverständigem Ermessen in einem dem Anteil der unfallfremden Faktoren entsprechenden Masse gekürzt.

Art. 9 Ermittlung der Leistung bei Versicherung nach Lohnsystem

A Berechnungsgrundlage für das Taggeld und das Spitaltaggeld bildet der im versicherten Betrieb für die Ermittlung des Taggeldes in der gesetzlichen Unfallversicherung massgebende Lohn.

Die Versicherungssummen für Invalidität und Tod beruhen auf dem für die Rentenberechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung massgebenden Lohn.

B Als Überschusslohn gilt der das UVG-Maximum übersteigende Teil des Lohnes bis zum Gesamtbetrag von max. CHF 300'000.- (inkl. UVG-Lohn) pro Person und Jahr.

Der Überschusslohn ermittelt sich nach denselben Regeln wie der versicherte Verdienst in der gesetzlichen Unfallversicherung und bildet die Berechnungsgrundlage für das Taggeld, das Spitaltaggeld und die Versicherungssummen für Invalidität und Tod. Es gilt sinngemäss lit. A.

C Ist in der Police für bestimmte Personen oder Gruppen eine feste Lohnsumme aufgeführt, so gilt ausschliesslich diese für die Leistungsfestsetzung.

Art. 10 Kürzung und Verweigerung von Versicherungsleistungen

Es gelten die Bestimmungen des UVG; die Gesellschaft verzichtet jedoch bei allen durch diesen Vertrag versicherten Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse zurückzuführen sind, auf eine Kürzung oder Verweigerung der Geldleistungen (Leistungen bei Tod und Invalidität sowie Taggeldleistungen). Vorbehalten bleibt Art. 5 AB.

Die Gesellschaft kann aber die Geldleistungen kürzen oder in besonders schweren Fällen verweigern, wenn der Versicherte den Unfall als Lenker eines Motorfahrzeuges unter Alkohol- oder Drogeneinfluss verursacht hat.

Art. 11 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

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

D Beginn, Dauer und Ende der Versicherung

Art. 12 Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Police oder in allfälligen Nachträgen festgesetzten Zeitpunkt.

Art. 13 Vertragsdauer und Kündigung auf Vertragsablauf

A Ist der Vertrag auf 1 Jahr oder eine längere Dauer abgeschlossen, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der 3-monatigen Frist der Gesellschaft beziehungsweise dem Versicherungsnehmer zugekommen ist.

B Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Gesellschaft das Erlöschen der UVG-Versicherung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Art. 14 Kündigung im Schadenfall

A Nach jedem Schadenfall, für den die Gesellschaft eine Leistung erbringen muss, kann die Gesellschaft spätestens bei Auszahlung der Entschädigung und der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage nach Kenntnisnahme der Auszahlung den Vertrag kündigen.

B Kündigt die Gesellschaft, so erlischt der Vertrag 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer; kündigt der Versicherungsnehmer, so erlischt der Vertrag mit dem Eintreffen der Kündigung bei der Gesellschaft.

E Prämie

Art. 15 Prämienberechnungsgrundlagen

A Beim Lohnsystem bildet die Lohnsumme der versicherten Personen gemäss Art. 9 AB, jedoch ohne Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltzulagen gewährt werden, die Prämienberechnungsgrundlage.

B Beim Kopfsystem berechnet sich die Prämie aufgrund der Anzahl der versicherten Personen oder der Beschäftigungstage.

Art. 16 Fälligkeit, Ratenzahlung, Rückerstattung, Verzug

A Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus bis spätestens am ersten Tag des Verfallmonats zu entrichten. Die erste Prämie wird bei Empfang der Rechnung, frühestens jedoch bei Versicherungsbeginn, zur Zahlung fällig.

- B Ist Ratenzahlung vereinbart, bleibt die ganze Jahresprämie geschuldet.
- C Wird der Vertrag aus irgendeinem Grund vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, so vergütet die Gesellschaft die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein. Die Bestimmungen über die Prämienabrechnung gemäss Art. 17 AB bleiben vorbehalten.
- Die Regelung des vorstehenden Absatzes gilt nicht,
- wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall kündigt;
 - wenn der Vertrag im Zeitpunkt des Erlöschens weniger als ein Jahr in Kraft war und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers aufgehoben wird;
 - wenn der Versicherte Obliegenheiten gegenüber der Gesellschaft zum Zwecke der Täuschung verletzt hat.
- D Wird die Prämie oder Abrechnungsprämie zur jeweiligen Verfallzeit nicht entrichtet, fordert die Gesellschaft den Versicherungsnehmer, unter Hinweis auf die Säumnisfolgen, schriftlich zur Zahlung innert 14 Tagen auf. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht für Unfälle, welche sich vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Zahlung der Prämien samt Zins und Kosten ereignen.

Art. 17 Prämienabrechnung

- A Zu Beginn des Versicherungsjahres ist die in der Police festgesetzte vorläufige Prämie zu entrichten. Die Berechnung der endgültigen Prämie erfolgt am Ende des Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages aufgrund der vom Versicherungsnehmer zu liefernden Angaben. 30 Tage nach Zustellung der Abrechnung an den Versicherungsnehmer ist die sich daraus ergebende Nach- oder Rückprämie fällig. Bei Saldi unter CHF 20.- erfolgt keine Nachzahlung bzw. Rückerstattung. Die Gesellschaft ist berechtigt, die pro-

visorisch festgesetzte Prämie jederzeit den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen. Art. 16 Abs. D bleibt vorbehalten.

- B Sendet der Versicherungsnehmer die Erklärung zur Prämienabrechnung nicht innert 30 Tagen seit Empfang der Aufforderung zurück, erstellt die Gesellschaft die Prämienabrechnung aufgrund der mutmasslichen neuen Löhne. Wird die sich so ergebende Nachprämie nicht fristgerecht bezahlt, so ist die Gesellschaft ebenfalls berechtigt, im Sinne von Art. 16 Abs. D vorzugehen.
- C Hat der Versicherungsnehmer die Prämienberechnungsgrundlagen nicht wahrheitsgemäss deklariert, so ruht die Leistungspflicht der Gesellschaft ab dem Zeitpunkt, an dem die Erklärung gemäss lit. B spätestens hätte erstattet werden sollen, bis zur Bezahlung der Nachprämie (zuzüglich Zinsen und Kosten), die sich bei richtiger Deklaration ergibt. Die Gesellschaft hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, AHV-Abrechnungen usw.) nachzuprüfen.

Art. 18 Änderung des Prämientarifs

- A Ändert während der Vertragsdauer der Prämientarif, kann die Gesellschaft die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben.
- B Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag als Ganzes oder nur in Bezug auf einzelne Leistungen auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen.
- C Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

F Schlussbestimmungen

Art. 19 Übertritt in die Einzelversicherung

- A Scheidet ein Versicherter aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer aus oder wird die Police aufgehoben, so kann der Versicherte, sofern er seinen Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein hat, innert 30 Tagen den Übertritt in die Einzelversicherung verlangen. Seine Versicherung wird alsdann unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse als Zusatzversicherung weitergeführt oder in eine selbständige Unfallversicherung umgewandelt. Es können nur Versicherungsleistungen versichert werden, die bisher schon versichert waren.
- B Die Weiterführung der Versicherung erfolgt im Rahmen der im Zeitpunkt des Übertrittes geltenden Bedingungen und Tarife für die Einzelversicherung. Massgebend ist dabei der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen zur Zeit des Eintrittes in die Kollektivversicherung.

Art. 20 Mitteilungen

Der Versicherungsnehmer, die Versicherten oder die Anspruchsberechtigten erfüllen ihre vertragliche Anzeigepflicht nur dann rechtsgenügend, wenn sie die ihnen obliegenden Mitteilungen der Direktion oder einer unserer Geschäftsstellen zukommen lassen.

Art. 21 Gerichtsstand

Als Gerichtsstand stehen dem Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Anspruchsberechtigten wahlweise der ordentliche Gerichtsstand und ihr schweizerischer Wohnsitz zur Verfügung.

Art. 22 Gesetzliche Bestimmungen

Im Übrigen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag.

Zusatzbedingungen (ZB) für die Versicherung von Leistungen im Todesfall

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

A Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, so bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Todesfallkapital. Das Todesfallkapital bezahlt die Gesellschaft an die folgenden, nacheinander bezugsberechtigten Personen, unter Ausschluss der jeweils folgenden Kategorie:

1. an den Ehegatten und die Kinder je zur Hälfte, bei Fehlen eines der Kinder im Umfang dessen Anteils an seine Nachkommen. Sind keine Kinder vorhanden, so fällt das ganze Todesfallkapital dem Ehegatten zu und umgekehrt;
2. an die Eltern zu gleichen Teilen;
3. an die Geschwister zu gleichen Teilen, bei Fehlen eines der Geschwister im Umfang dessen Anteils an seine Nachkommen.

Stief- und Pflegekinder sind den leiblichen Kindern gleichgestellt. Als Pflegekinder gelten solche, die zur Zeit des Unfalles unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen waren.

Ist der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 16 Jahre alt, so beträgt die Todesfallleistung höchstens CHF 20'000.-.

B Sind keine der in lit. A genannten Hinterbliebenen vorhanden, werden nur die Bestattungskosten, soweit sie nicht von einem Versicherer oder von einem haftpflichtigen Dritten bezahlt worden sind, bis zu 10 % der Todesfallsumme vergütet.

C Allfällige wegen desselben Unfalles bereits ausbezahlte Invaliditätsleistungen werden an die Todesfallleistungen angerechnet.

Zusatzbedingungen (ZB) für die Versicherung von Taggeld bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

- A Bei ärztlich festgestellter, vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Gesellschaft für jeden Kalendertag das vereinbarte Taggeld, sofern der Versicherte Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung gemäss UVG, der Eidg. Militärversicherung (MV) oder der Eidg. Invalidenversicherung (IV) hat.
- B Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld um einen dem Grad der Arbeitsfähigkeit entsprechenden Betrag gekürzt.
- C Für den Unfalltag wird keine Leistung erbracht. Eine vereinbarte Wartefrist beginnt frühestens am Tage nach dem Unfall zu laufen. Bei der Ermittlung der Wartefrist werden Tage mit voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet.
- D Sofern der Versicherte ebenfalls Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen oder auf vergleichbare Leistungen einer ausländischen Institution hat oder ein haftpflichtiger Dritter oder sein Versicherer bereits Ersatz für Erwerbsausfall geleistet haben, bezahlt die Gesellschaft bei der Versicherung nach Lohnsystem nur den noch verbleibenden Lohnausfall, höchstens aber die durch diesen Vertrag versicherten Leistungen. Wird die Gesellschaft anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist der Versicherte verpflichtet, ihr seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag ihrer Aufwendungen abzutreten. Richtet die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) Nachzahlungen aus, so ist die Gesellschaft berechtigt, im Umfang der im gleichen Zeitraum zuviel ausgerichteten Taggeldleistungen direkt bei der IV die Verrechnung geltend zu machen.
- E Bestehen für das Taggeld mehrere Versicherungen nach Lohnsystem bei konzessionierten Gesellschaften, so wird der Lohnausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche die Gesellschaft erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.
- F Bei Rückfällen und Spätfolgen früherer Unfälle, die nicht versichert waren oder für die aus der damaligen Versicherung keine Leistungspflicht mehr besteht, übernimmt die Gesellschaft bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten die vom Versicherungsnehmer auszurichtende Lohnfortzahlung nach den Bestimmungen des Obligationenrechts oder eines allgemeinverbindlich erklärten GAV (Art. 324 a OR), sofern diese nicht anderweitig versichert ist. Eine vom Versicherungsnehmer freiwillig eingegangene, den gesetzlichen Rahmen übersteigende Verpflichtung ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

Zusatzbedingungen (ZB) für die Versicherung von Spitaltaggeld

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

- A Für die Zeit eines notwendigen Spitalaufenthaltes, jedoch nur solange Pflegeleistungen aus der Unfallversicherung gemäss UVG, der Eidg. Militärversicherung (MV) oder der Eidg. Invalidenversicherung (IV) ausgerichtet werden, bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Spitaltaggeld. Als Spital gilt jede Anstalt, die ausschliesslich verunfallte oder kranke Personen aufnimmt und der Aufsicht eines staatlich geprüften Arztes untersteht.
- B Ferner zahlt die Gesellschaft das Spitaltaggeld für die Dauer von ärztlich angeordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung der Gesellschaft durchgeführt werden.
- C Befindet sich die versicherte Person in Hauspflege, so sind die nachgewiesenen zusätzlichen Kosten für die Besorgung des Haushaltes durch eine mit dem Versicherten vor dem Unfallereignis nicht in Hausgemeinschaft lebende Person mitversichert. Die Gesellschaft vergütet jedoch im Maximum die Hälfte des versicherten Spitaltaggeldes, und zwar solange ein Anspruch auf das Taggeld gemäss UVG, der Eidg. Militärversicherung (MV) oder der Eidg. Invalidenversicherung (IV) besteht, längstens jedoch während 90 Tagen.

Zusatzbedingungen (ZB)

Versicherung des Lohnnachgenusses sowie von Taggeldleistungen bei Folgen früherer Unfälle

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

1. Lohnnachgenuss

- a) Stirbt ein Arbeitnehmer infolge eines versicherten Ereignisses und hinterlässt er den Ehegatten oder minderjährige Kinder oder bei deren Fehlen andere Personen, denen gegenüber er eine Unterstützungspflicht erfüllt hat, so gilt die Gesellschaft die dem Versicherungsnehmer als Arbeitgeber obliegende gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 des Obligationenrechts ab.
- b) Die Gesellschaft verzichtet darauf, irgendwelche Versicherungs- und Vorsorgeleistungen, die den Hinterlassenen des verstorbenen Arbeitnehmers zustehen, auf diesen Lohnnachgenuss anzurechnen.
- c) Eine vom Versicherungsnehmer allenfalls eingegangene Verpflichtung, den Lohn in Erweiterung der gesetzlichen Regelung für eine längere Zeit weiterhin zu gewähren, wird nicht berücksichtigt.

2. Versicherung von Taggeldleistungen bei Folgen früherer Unfälle

Bei Folgen früherer Unfälle gelten folgende Taggeldleistungen versichert:

Erleidet ein Arbeitnehmer einen Rückfall oder Spätfolgen eines früheren Unfalls, der nicht, nur teilweise oder nicht mehr anderweitig versichert ist und ist der versicherte Arbeitnehmer während der Dauer der ärztlichen Behandlung gänzlich oder teilweise arbeitsunfähig, gewährt die Gesellschaft ihm vom 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit an und entsprechend deren Grad ein Taggeld von 80 % des Verdienstes, den der Versicherte unmittelbar vor dem

Aussetzen seiner Arbeit im Betrieb des Versicherungsnehmers erzielt hat. Die Leistungsdauer beträgt maximal zwei Jahre, gleichgültig ob die Arbeitsunfähigkeit eine gänzliche oder lediglich eine teilweise war. Im übrigen gelten sinngemäss die Bestimmungen gemäss Art. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Der zu Lasten des Versicherten gehende Betrag an die Unterhaltskosten während einer Spitalbehandlung bemisst sich nach den in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Normen.

Die von der Gesellschaft erbrachten Taggeldzahlungen dienen ferner zur Abgeltung der unserem Versicherungsnehmer obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht.

Ob ein Rückfall oder Spätfolgen eines vorhergehenden Unfalls vorliegen, beurteilt sich aufgrund der in der gesetzlichen Unfallversicherung massgeblichen Bestimmungen.

Die Leistungen werden erbracht, sofern der Versicherte bei Eintritt des Rückfalls bzw. der Verschlimmerung von Spätfolgen eines alten Unfalls seit mindestens drei Monaten in den Diensten unseres Versicherungsnehmers steht.

Die Leistungen werden nicht ausgerichtet, wenn der Lohnausfall, den der Arbeitnehmer aus dem Anstellungsverhältnis zu unserem Versicherungsnehmer erleidet, zu 80 % oder mehr durch die gesetzliche Unfallversicherung, die MV oder die IV vergütet wird. Gleichen diese Leistungen zusammen weniger als 80 % des Lohnausfalls aus, den der Arbeitnehmer während seiner Arbeitsunfähigkeit im Betrieb unseres Versicherungsnehmers erleidet, vergütet die Gesellschaft die Differenz auf 80 %.

Zusatzbedingungen (ZB) für die Versicherung von Leistungen im Invaliditätsfall

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

A Bei voraussichtlich lebenslänglicher Invalidität zahlt die Gesellschaft das Invaliditätskapital aus, welches sich aus dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante ergibt.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich aufgrund der gleichen Kriterien, nach welchen in der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG die Festsetzung des Integritätsschadens erfolgt. Es ist somit unerheblich, ob und in welchem Ausmass ein Erwerbsausfall entsteht.

B In den nachstehend aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad verbindlich festgesetzt:

	Prozent
– Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes des Daumens.....	5
– Verlust eines Daumens.....	20
– Verlust einer Hand.....	40
– Verlust eines Armes im Ellbogen oder oberhalb desselben.....	50
– Verlust einer Grosszehe	5
– Verlust eines Fusses	30
– Verlust eines Beines im Kniegelenk	40
– Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks....	50
– Sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50
– Paraplegie.....	90
– Tetraplegie.....	100
– Verlust einer Ohrmuschel	10
– Verlust des Gehörs auf einem Ohr.....	15
– Vollständige Taubheit.....	85
– Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	30
– Vollständige Blindheit.....	100
– Verlust der Nase.....	30
– Skalpierung.....	30
– Sehr schwere Entstellung im Gesicht.....	50
– Schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25
– Verlust einer Niere.....	20
– Verlust der Milz.....	10
– Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40
– Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.....	15
– Sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion.....	80

– Sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion.....	80
– Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit	20
– Habituelle Schulterluxation.....	10
– Posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle	30
– Sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom	80

Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt. Bei teilweisem Verlust und bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Invaliditätsschaden entsprechend geringer.

Der Invaliditätsschaden wird - mit Ausnahme der Sehhilfen - ohne Hilfsmittel beurteilt.

Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Invaliditätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Dies gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher und geistiger Invaliditätsschäden.

Fallen mehrere körperliche oder geistige Invaliditätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird der Invaliditätsgrad nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Der Invaliditätsgrad kann gesamthaft nicht mehr als 100 % betragen. Der Invaliditätsgrad wird angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalles ist.

Voraussehbare Verschlimmerungen des Invaliditätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisoren sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war.

C Einfache oder progressive Invalidität

Das Invaliditätskapital wird gemäss der vereinbarten Leistungsvariante berechnet.

Tabelle der progressiven Invaliditätsentschädigung

Invaliditäts-grad	Entschädigung in Prozenten des versicherten Kapitals		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
	%	%	%
26	26	27	28
27	27	29	31
28	28	31	34
29	29	33	37
30	30	35	40
31	31	37	43
32	32	39	46
33	33	41	49
34	34	43	52
35	35	45	55
36	36	47	58
37	37	49	61
38	38	51	64
39	39	53	67
40	40	55	70
41	41	57	73
42	42	59	76
43	43	61	79
44	44	63	82
45	45	65	85
46	46	67	88
47	47	69	91
48	48	71	94
49	49	73	97
50	50	75	100
51	51	78	105
52	52	81	110
53	53	84	115
54	54	87	120
55	55	90	125
56	56	93	130
57	57	96	135
58	58	99	140
59	59	102	145
60	60	105	150
61	61	108	155
62	62	111	160
63	63	114	165
64	64	117	170
65	65	120	175
66	66	123	180
67	67	126	185
68	68	129	190
69	69	132	195
70	70	135	200
71	71	138	205
72	72	141	210
73	73	144	215
74	74	147	220
75	75	150	225

Invaliditäts-grad	Entschädigung in Prozenten des versicherten Kapitals		
	A (100%)	B (225%)	C (350%)
	%	%	%
76	76	153	230
77	77	156	235
78	78	159	240
79	79	162	245
80	80	165	250
81	81	168	255
82	82	171	260
83	83	174	265
84	84	177	270
85	85	180	275
86	86	183	280
87	87	186	285
88	88	189	290
89	89	192	295
90	90	195	300
91	91	198	305
92	92	201	310
93	93	204	315
94	94	207	320
95	95	210	325
96	96	213	330
97	97	216	335
98	98	219	340
99	99	222	345
100	100	225	350

D Rentenzahlung

Sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles die AHV-Altersgrenze erreicht hat, zahlt die Gesellschaft anstelle des Invaliditätskapitals eine lebenslängliche Rente.

Die Höhe der Rente richtet sich nach dem gemäss den Bestimmungen dieses Artikels festgelegten Invaliditätskapital und nach dem Alter des Versicherten bei Beginn ihrer Auszahlung. Dabei wird jedes angefangene Lebensjahr voll angerechnet, falls seit dem letzten Geburtstag mehr als 6 Monate verfloßen sind. Die Rente wird vierteljährlich zum Voraus und - vorbehaltlich letzter Absatz hiernach - auf Lebenszeit ausgerichtet.

Die jährliche Rente pro CHF 1'000.- Invaliditätskapital beträgt:

Alter	CHF	Alter	CHF	Alter	CHF
63	72.-	66	79.-	69	88.-
64	74.-	67	82.-	70	91.-
65	76.-	68	85.-	darüber 101.-	

Voraussehbare Verschlimmerungen des Invaliditätsschadens werden angemessen berücksichtigt; eine Revision ist ausgeschlossen.

E Fälligkeit

Die geschuldeten Leistungen werden fällig, sobald die Höhe des Integritätsschadens durch den UVG-Versicherer rechtskräftig festgestellt worden ist.

Zusatzbedingungen (ZB) für die Versicherung von Heilungskosten

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

- A Solange aus der Unfallversicherung gemäss UVG, der Eidg. Militärversicherung (MV) oder der Eidg. Invalidenversicherung (IV) Pflegeleistungen und Kostenvergütungen erbracht werden, übernimmt die Gesellschaft als Zusatzversicherer die Kosten für durch die gesetzlichen Versicherungen nicht versicherte medizinische und andere Leistungen im Rahmen der nachfolgend festgelegten Bedingungen:
1. die notwendigen Auslagen für Heilungsmassnahmen, die durch Medizinalpersonen gemäss UVG durchgeführt oder angeordnet werden, sowie die Spalkosten (auch bei Aufenthalt in der Privatabteilung) und die Aufwendungen für Behandlungen, Aufenthalt und Verpflegung bei ärztlich verordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung der Gesellschaft durchgeführt werden. Ferner die Kosten für Behandlungen durch staatlich zugelassene Chiropraktoren. Alternativbehandlungen sind insofern versichert, als sie durch einen Naturarzt gemäss KVG durchgeführt werden.
 2. während der Dauer der Heilungsmassnahmen gemäss Ziffer 1 die Aufwendungen für Dienste von diplomiertem, nicht zur Familie des Versicherten gehörendem oder von einer öffentlichen oder privaten Institution zur Verfügung gestelltem Personal zur Pflege des Versicherten sowie die Kosten für die Miete von Krankmobilen. Nicht versichert sind hingegen Haushalthilfen, welche keine Pflegefunktionen ausüben.
 3. die angemessenen Auslagen für die erstmalige Anschaffung von Prothesen, Brillen, Hörapparaten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie Auslagen für deren Reparatur oder Ersatz (Neuwert), wenn sie anlässlich eines Ereignisses beschädigt oder zerstört werden, das Heilungsmassnahmen gemäss Ziffer 1 zur Folge hat. Nicht vergütet werden die Kosten für mechanische Fortbewegungsmittel sowie für Erstellung, Veränderung, Miete und Unterhalt von Immobilien.
- B Im Rahmen der Assistance übernimmt die Gesellschaft
1. die Auslagen für die durch den Unfall bedingten Transporte des Versicherten, soweit sie mit Behandlungsmassnahmen in Zusammenhang stehen; für Transporte mit Luftfahrzeugen jedoch nur, sofern sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind, bis ins nächste für die Behandlung geeignete Spital. Transporte mit Fahrzeugen, die nicht dem öffentlichen Verkehr dienen (Taxi und dergleichen), werden nur bezahlt, wenn dem Versicherten die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Tram, Autobus usw.) nicht zugemutet werden kann;
 2. die Kosten für Suchaktionen im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung des Versicherten bis höchstens CHF 30'000.-;
 3. die Aufwendungen für Aktionen zur Bergung der Leiche, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalles oder von Erschöpfung ist;
 4. die Kosten für infolge des Unfalls notwendige Rettungs- und Bergungsmassnahmen.
- C Ferner übernimmt die Gesellschaft die Auslagen für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) der bei einem entschädigungspflichtigen Unfall beschädigten Kleider des Versicherten sowie für Reinigung von Fahrzeugen oder anderen Sachen von Privatpersonen, die sich um die Bergung und den Transport des Verletzten bemüht haben, bis zum Höchstbetrag von je CHF 2'000.- pro Unfall.
- D Im weiteren ersetzt die Gesellschaft den aus der Unfallversicherung gemäss UVG oder aus der Eidg. Militärversicherung (MV) geschuldeten Beitrag des Versicherten an die Unterhaltskosten bei einem Aufenthalt in einer Heilanstalt.
- E Auf Wunsch des Versicherten leistet die Gesellschaft Kostengutsprache. Diese wird abgegeben, sobald die Leistungspflicht der Gesellschaft feststeht.
- F Soweit die Heilungskosten von einem haftpflichtigen Dritten oder seinem Versicherer bezahlt worden sind, entfällt eine Vergütung aufgrund dieses Vertrages. Wird die Gesellschaft anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist der Versicherte verpflichtet, ihr seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag ihrer Aufwendungen abzutreten.
- G Bestehen für den Teil der Heilungskosten, der die gesetzlichen Leistungen übersteigt, mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so wird dieser Teil gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche die Gesellschaft erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.
- H Der Leistungsanspruch endet, sobald ein Anspruch auf Rentenleistungen aus der Unfallversicherung gemäss UVG oder aus der Eidg. Militärversicherung (MV) besteht. Davon ausgenommen sind Akutbehandlungen, welche einen Spitalaufenthalt erforderlich machten.

Zusatzbedingungen (ZB) Differenzdeckung bei UVG-Leistungskürzungen und -verweigerungen

Ausgabe 2002

Kollektiv-Unfallversicherung als Zusatz zur obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz (UVG)

1. Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

2. Leistungsumfang

- a) Werden die Leistungen vom UVG-Versicherer wegen
- grobfahrlässiger Herbeiführung des Unfalles durch den Versicherten,
 - Wagnisses

gemäss der Unfallversicherungsgesetzgebung gekürzt oder verweigert, erstreckt sich der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Zusatzbedingungen auf das Ausmass der vom UVG-Versicherer vorgenommenen Leistungskürzung oder Leistungsverweigerung.

- b) Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt (nicht aber verpflichtet), die im Rahmen dieser Zusatzbedingungen geschuldeten Rentenleistungen und Hilflosenentschädigung nach ihrem Barwert auszukufen, wodurch die Ansprüche aus dem versicherten Unfall vollumfänglich erlöschen.
- c) Bei Auskauf der Rentenleistungen und der Hilflosenentschädigung wird dem Anspruchsberechtigten der auf seine Lebenserwartung kapitalisierte Rentenbarwert, berechnet nach den für das Schadenersatzrecht massgebenden Barwerttafel, Zinsfuss 3 1/2 %, als Kapitalabfindung ausgerichtet. Die Renten für Halb- und Vollwaisen werden auf das vollendete 20. Altersjahr kapitalisiert.
- d) Für Leistungen, welche im Rahmen dieser Zusatzbedingungen erbracht werden, entfällt in jedem Falle die Ausrichtung von Zulagen zum Ausgleich der Teuerung.

3. Einschränkung des Versicherungsschutzes

Art. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird bezüglich der Deckungserweiterung gemäss diesen Zusatzbedingungen vollumfänglich durch folgenden Wortlaut ersetzt:

Von der Deckungserweiterung gemäss Ziffer 2 ausgeschlossen sind absichtlich herbeigeführte Unfälle sowie Entschädigungen für die vom UVG-Versicherer vorgenommene Leistungskürzung oder Leistungsverweigerung bei Unfällen, die sich ereignen bei:

- a) kriegerischen Ereignissen
- in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein
 - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält und dort vom Ausbruch kriegerischer Ereignisse überrascht worden ist;
- b) Teilnahme an kriegerischen Handlungen;
- c) ausländischem Militärdienst;
- d) Teilnahme an Unruhen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen;
- e) der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und Motorbooten sowie Trainingsfahrten auf der Rennstrecke;
- f) Erdbeben in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein;
- g) Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art. Versichert sind jedoch gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls. Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit für den versicherten Betrieb sind ebenfalls mitversichert, sofern sie eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung begründen;
- h) Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, Gefahren denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, indem er andere stark provoziert;
- i) Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens sowie unter Einfluss von Alkohol, Drogen, Chemikalien und anderen verhaltensbeeinträchtigenden Stoffen oder bei der absichtlichen und missbräuchlichen Verwendung von Arzneimitteln. Im Einzelfall behält sich die Gesellschaft vor, die Leistungen lediglich zu kürzen;
- j) der Benützung von Luftfahrzeugen und beim Fallschirmabsprung, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder die erforderlichen amtlichen Ausweise und Bewilligungen nicht besitzt.