

KOLLEKTIV-UNFALLVERSICHERUNG ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB) FÜR DIE UVG-ZUSATZVERSICHERUNG

Ausgabe Januar 2009

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
1	Allgemeine Grundlagen 3
2	Gegenstand der Versicherung..... 3
3	Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten 3
4	Versicherte Personen 4
5	Örtlicher Geltungsbereich 4
6	Dauer des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten 4
7	Übertritt in die Einzelversicherung 5
8	Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse 5
9	Einschränkungen des Versicherungsschutzes 6
10	Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)..... 7
11	Spitaltaggeld 8
12	Taggeld 9
13	Invaliditätsfall 10
13.1	Invaliditätskapital 10
13.2	Invalidenrente 12
14	Todesfall..... 12
14.1	Todesfallkapital 12
14.2	Hinterlassenenrente..... 13
15	Versicherung des Lohnnachgenusses..... 14
16	Versicherung von Folgen früherer Unfälle 14
17	Ermittlung der versicherten Leistungen aufgrund des versicherten Verdienstes 15
18	Anrechnung auf Haftpflichtansprüche 16
19	Luftfahrzeugentführungen und dergleichen 16

HDI-Gerling Industrie Versicherung AG
 Niederlassung Schweiz
 Dufourstrasse 46
 8034 Zürich

Telefon: +41 44 265 47 47
 Fax: +41 44 265 47 48

20	Prämienberechnung	17
21	Vorauszahlungsprämie und Prämienabrechnung	17
22	Pauschalprämie	17
23	Ratenzahlung	18
24	Rückerstattung	18
25	Änderung des Prämientarifes	18
26	Überschussbeteiligung	18
27	Obliegenheiten	19
28	Folgen bei vertragswidrigem Verhalten	19
29	Vertragsdauer	19
30	Gefahrenerhöhung oder -verminderung	20
31	Kündigungsrecht im Schadenfall	20
32	Unverschuldete Vertragsverletzung	21
33	Abtretung von Ansprüchen	21
34	Mitteilungen an die Gesellschaft	21
35	Erfüllungsort und Gerichtsstand	21

GRUNDLAGEN DES VERTRAGES

1 Allgemeine Grundlagen

Grundlagen des Vertrages bilden:

- a) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die allfälligen Zusatzbedingungen und Besonderen Bedingungen, sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen,
- b) das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 für Sachverhalte, die in den unter lit. a hievor genannten Grundlagen nicht geregelt sind,
- c) die schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer (Antragsteller) im Antrag und in weiteren Schriftstücken abgibt.

UMFANG DER VERSICHERUNG

2 Gegenstand der Versicherung

Die Gesellschaft gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten im Rahmen der gemäss Police vereinbarten Leistungen.

3 Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten

- a) Die Versicherung erstreckt sich auf
 1. Unfälle, Berufskrankheiten sowie unfallähnliche und weitere Körperschädigungen, die vom UVG-Versicherer des versicherten Betriebes bzw. Berufes als entschädigungspflichtig anerkannt werden oder bei welchen der UVG-Versicherer des versicherten Betriebes bzw. Berufes wegen schuldhafter Herbeiführung, aussergewöhnlichen Gefahren oder Wagnissen Leistungen verweigert.
 2. Unfälle im schweizerischen Militärdienst oder bei einer andern unter die schweizerische Militärversicherung fallenden Tätigkeit, insoweit als der Versicherte - hätte er die genannten Tätigkeiten nicht ausgeübt - beim UVG-Versicherer gemäss Ziff. 1 hievor gegen Nichtberufsunfälle versichert gewesen wäre.

Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, dass

- bei Unfällen, unfallähnlichen oder weiteren Körperschädigungen ihr Eintritt bzw.
 - bei Berufskrankheiten die vor ihrem Ausbruch erfolgende letzte Gefährdung
- in die Dauer des Versicherungsschutzes unter dem vorliegenden Vertrag fällt.

Vorbehalten bleibt bei allen Fällen Art. 9.

- b) Die Invaliditäts- und Todesfallleistungen werden angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalls ist.

4 Versicherte Personen

- a) Die versicherten Personen sind in der Police bezeichnet.
- b) Versicherbar sind Personen, die gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 und den dazugehörigen Verordnungen (Unfallversicherungsgesetzgebung) in der obligatorischen oder freiwilligen Versicherung (UVG-Versicherung) des versicherten Betriebes bzw. Berufes versichert werden können.

Der Versicherungsschutz wird auch Personen gewährt, die mindestens 8 Stunden pro Woche für den Versicherungsnehmer tätig sind, wenn sich der Unfall bei einem anderen UVG-unterstellten Betrieb bzw. Beruf ereignet (mehrere Arbeitgeber). Dies gilt auch für Nichtberufsunfälle, für welche der UVG-Versicherer des anderen UVG-unterstellten Betriebes zuständig ist. Die Gesellschaft übernimmt die Versicherungsleistungen im Rahmen und bezogen auf den im vorliegenden Versicherungsvertrag versicherten und deklarierten Lohn. Die Gesellschaft erbringt ihre Versicherungsleistungen subsidiär zu einer bestehenden Versicherungsdeckung des anderen UVG-unterstellten Betriebes.

Vom Versicherungsnehmer ins Ausland entsandte Personen gelten für die Dauer ihres Auslandsaufenthaltes im Rahmen des vorliegenden Versicherungsvertrages als mitversichert, jedoch längstens für die Dauer von 6 Jahren (vorbehalten bleibt Art. 6, lit. b).

Das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal ist von dieser Zusatzversicherung ausgeschlossen.

- c) Nur wenn dies in der Police ausdrücklich erwähnt ist, sind die in der UVG-Versicherung freiwillig versicherten Personen versichert.

5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

6 Dauer des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten

- a) Beginn des Versicherungsschutzes
 1. Der Versicherungsschutz für den einzelnen Versicherten beginnt am Tag, an dem er aufgrund der Anstellung die Arbeit im versicherten Betrieb antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Falle aber im Zeitpunkt, da er sich auf den Weg zur Arbeit begibt. Frühestens beginnt jedoch der Versicherungsschutz an dem in der Police bezeichneten Vertragsbeginn.
 2. Haben Versicherte aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.
 3. Für nicht namentlich bezeichnete Personen, welche zu einer in der Police aufgeführten Versichertengruppe gehören, gilt die Versicherung automatisch; vorbehalten bleibt Ziff. 1 hievore.
 4. Für namentlich bezeichnete Personen beginnt die Versicherung erst, wenn die Gesellschaft dies bestätigt hat.

b) Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für den einzelnen Versicherten erlischt

1. mit seinem Austritt aus dem versicherten Betrieb,

Der Versicherungsschutz bleibt solange bestehen, als der Versicherte obligatorisch beim UVG-Versicherer des versicherten Betriebes bzw. Berufes versichert ist. Tritt der Versicherte vorher eine neue Stelle an, endet der Versicherungsschutz bereits bei deren Antritt.

2. bei Arbeitsunterbrüchen, für die der Versicherte keinen Lohn bezieht und sofern die Prämie in Lohnpromillen festgelegt ist, gemäss den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetzgebung,

Durch besondere Abrede kann die Versicherung für den Einzelfall über die gesetzliche Frist hinaus verlängert werden.

3. bei Arbeitslosigkeit gemäss den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetzgebung,

4. mit dem Erlöschen des Vertrages.

c) Versicherungsfälle, die bei Erlöschen des Vertrages noch nicht abgeschlossen sind

Die Gesellschaft erbringt ihre Leistungen auch über dieses Datum hinaus.

7 Übertritt in die Einzelversicherung

a) Übertrittsrecht

Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des vorliegenden Vertrages hat der in der Schweiz wohnhafte Versicherte das Recht, in die Einzelversicherung der Gesellschaft überzutreten. Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen geltend zu machen.

b) Weiterversicherung

Im Rahmen der im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung gewährt die Gesellschaft die bisher versicherten Leistungen. Massgebend für die Weiterführung der Versicherung sind Gesundheitszustand und Alter zur Zeit des Eintritts in die Kollektivversicherung.

c) Begrenzung des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- bei Stellenwechsel und Übertritt zur UVG-Zusatzversicherung des neuen Arbeitgebers,
- bei Auflösung der vorliegenden UVG-Zusatzversicherung und der Weiterführung derselben bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis,
- nach Vollendung des 70. Lebensjahres,
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland.

8 Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse

Bei allen durch diesen Vertrag versicherten Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse im Sinne der Unfallversicherungsgesetzgebung zurückzuführen sind, verzichtet die Gesellschaft auf eine Leistungskürzung. Vorbehalten bleibt Art. 9.

9 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

1. Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz,
 - im Ausland. Bricht jedoch ein Krieg erstmalig aus und wird der Versicherte im Lande, wo er sich aufhält, davon überrascht, bleibt der Versicherungsschutz noch während 14 Tagen, vom Kriegsausbruch an gerechnet, in Kraft;
2. Unfälle bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens;
3. Unfälle beim Lenken eines Motorfahrzeuges unter starkem Alkohol- (2‰ Blutalkoholgehalt oder mehr) oder Drogeneinfluss;
4. Selbsttötung, Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu;
Ausnahme: Deckung besteht jedoch, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalls war;
5. Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen und beim Fallschirmabsprung, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder die erforderlichen amtlichen Ausweise und Bewilligungen nicht besitzt;
6. Einwirkung ionisierender Strahlen.
Ausnahme: Deckung besteht für Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls.
Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit für den versicherten Betrieb bzw. Beruf sind im Rahmen der Unfallversicherung ebenfalls gedeckt, wenn dies mit der Gesellschaft ausdrücklich vereinbart worden ist;
7. Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe, Heilmassnahmen und Untersuchungen, die nicht durch einen versicherten Unfall bedingt sind.
8. Unfälle im ausländischen Militärdienst;
9. Teilnahme an kriegerischen Handlungen,
10. Teilnahme an Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen.
11. Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
12. Teilnahme an Unruhen.

LEISTUNGEN

10 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

a) Anspruch, Höhe und Dauer der Leistungen

Sind die Heilungskosten versichert, übernimmt die Gesellschaft den beim UVG-Versicherer und/oder der schweizerischen Militärversicherung nicht versicherten Teil der notwendigen Auslagen betraglich und zeitlich unbegrenzt - vorbehalten Ziffer 6. und 7. hiernach für folgende Massnahmen:

1. ärztlich angeordnete oder durchgeführte

- Heilbehandlung (einschliesslich Medikamente),

Die Gesellschaft übernimmt auch den Abzug vom Taggeld, den der UVG-Versicherer und/oder die schweizerische Militärversicherung für Unterhaltskosten vornimmt.

- Spital- und Kuraufenthalte im Sinne von Art. 11,
 - Miete von Krankenmobilen,
 - erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, welche körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen: Prothesen, Brillen, Hörapparate und orthopädische Hilfsmittel,
 - Reparatur oder Ersatz (Neuwert) von Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Für Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Anspruch nur, wenn diese anlässlich eines versicherten Unfalls, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden;
2. während der Dauer der ärztlichen Behandlung übernimmt die Gesellschaft die Hauspflege (Pflege des Verunfallten zu Hause) durch ausgebildetes Pflegepersonal sowie die Besorgung des Haushaltes, sofern der Versicherte aus unfallbedingten Gründen nicht selbst dazu in der Lage ist;
3. alle durch den Unfall bedingten Reisen und Transporte des Versicherten an den Behandlungsort, mit Luftfahrzeugen jedoch nur, wenn dies aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich ist. Erleidet der Versicherte im Ausland einen Unfall der einen mehr als 14-tägigen Spitalaufenthalt erfordert, kann sich der Versicherte in ein schweizerisches Spital verlegen lassen. Die Transporte sind den besonderen Umständen der Verletzungen und den getroffenen medizinischen Massnahmen anzupassen. Die Gesellschaft rechnet allfällige Einsparungen infolge Rückvergütung wegen nicht benützter Bahn-, Flug- und Schiffsbillette auf Ihre Leistungspflicht an;
4. nicht krankheitsbedingte Rettungsaktionen zugunsten des Versicherten;
5. Aktionen zur Bergung und Heimschaffung (Überführung an den Bestattungsort) der Leiche, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalls ist. Wird der Leichentransport durch einen Familienangehörigen des Verstorbenen begleitet, so übernimmt die Gesellschaft die Reisekosten für eine Person (Bahn 1. Klasse oder Flug in der Economyklasse);
6. Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung des Versicherten unternommen werden, bis höchstens CHF 20'000 pro Versicherten;

7. Sachschäden bis CHF 5'000 pro Fall; versichert sind die Auslagen für Reinigung, Reparatur oder Ersatz zum Neuwert der bei einem versicherten Unfall beschädigten Kleider, anderen persönlichen Effekten des Versicherten sowie Reinigung von Fahrzeugen oder anderen Sachen von Privatpersonen, die sich um die Bergung und den Transport des Verletzten bemüht haben.

b) Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten oder Anspruchsberechtigten Leistungen von Sozialversicherern, (z.B. der eidgenössischen Alters- und Hinterlassenen, Invaliden-, Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Militärversicherung), aus der (obligatorischen und überobligatorischen) beruflichen Vorsorge, anderer Schadensversicherer oder eines haftpflichtigen Dritten zu, so ergänzt die Gesellschaft diese Leistungen Dritter bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten. Höchstens bezahlt die Gesellschaft die in lit. a hievordurch beschriebenen Kosten. Die vorstehende Bestimmung ist auch auf entsprechende Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Lichtenstein und im übrigen Ausland anwendbar.

Bestehen für die Heilungskosten mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so werden sie gesamthaft nur einmal vergütet. Die Ersatzpflicht der Gesellschaft regelt sich in solchen Fällen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch die bei einer konzessionierten Gesellschaft allenfalls bestehende obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG.

11 Spitaltaggeld

a) Anspruch

1. Für die Dauer eines ärztlich verordneten, medizinisch notwendigen Aufenthaltes in einem Spital oder einer Kuranstalt bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Spitaltaggeld.

Anstelle des Spitaltaggeldes vergütet die Gesellschaft bei Hauspflege (Pflege des Verunfallten zu Hause) durch ausgebildetes Pflegepersonal pro Tag höchstens das halbe Spitaltaggeld. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass nach ärztlicher Ansicht ein Spitalaufenthalt notwendig wäre, die Hospitalisierung aber nicht möglich oder ein Spitalaufenthalt nachweisbar abgekürzt oder vermieden worden ist.

2. Als Spitälern gelten ärztlich geleitete oder überwachte Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken.

Als Kuranstalten gelten ärztlich geleitete oder überwachte Anstalten für Bade-, Klima- oder Rehabilitationskuren und für Erholungsaufenthalte.

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. Bei Badekuren ist ausserdem Bedingung, dass die Kur unter ärztlicher Betreuung durchgeführt wird. Erholungsaufenthalte sind nur gedeckt, wenn sie in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt durchgeführt werden.

b) Leistungsdauer

Die Gesellschaft bezahlt das Spitaltaggeld pro Unfall für höchstens 1800 Tage für Spital- und Kuraufenthalte zusammen.

Bei Hauspflege werden pro Unfall zusätzlich die Kosten für höchstens 200 Pflage tage übernommen.

12 Taggeld

a) Anspruch

Für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartezeit, bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Taggeld, und zwar für diejenigen Tage, welche der UVG-Versicherer und/oder die schweizerische Militärversicherung zur Berechnung des Taggeldes berücksichtigen. Vorausbescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit werden längstens für einen Monat anerkannt.

Je nach Vereinbarung ist die Höhe des Taggeldes vom Verdienst abhängig oder in festen Franken festgelegt.

b) Wartezeit

Die Wartezeit beginnt mit dem ersten Tag, der dem Unfalltag folgt.

c) Leistungsdauer

Die Gesellschaft bezahlt das Taggeld längstens bis zum Zeitpunkt des Beginnes der UVG-Invalidenrente gemäss Verfügung des UVG-Versicherers.

d) Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Gesellschaft das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Wartezeit und der Leistungsdauer voll.

e) Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten oder Anspruchsberechtigten Leistungen von Sozialversicherern, (z.B. der eidgenössischen Alters- und Hinterlassenen, Invaliden-, Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Militärversicherung), aus der (obligatorischen und überobligatorischen) beruflichen Vorsorge, anderer Schadensversicherer oder eines haftpflichtigen Dritten zu, so ergänzt die Gesellschaft diese Leistungen Dritter bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstauffalls des Versicherten. Höchstens bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Taggeld. Die vorstehende Bestimmung sind auch auf entsprechende Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Lichtenstein und im übrigen Ausland anwendbar.

Erbringt die Gesellschaft anstelle eines haftpflichtigen Dritten Taggeldzahlungen zur Deckung des Verdienstauffalls, tritt sie im Umfang ihrer Leistungen in die Rechte des Versicherten oder Anspruchsberechtigten ein.

Bestehen für Taggelder zur Deckung des Verdienstauffalls mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, wird der versicherte Verdienstauffall aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen gedeckt. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch die bei einer konzessionierten Gesellschaft allenfalls bestehende obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG.

Die vorstehenden Bestimmungen dieser lit. e gelten nicht, wenn das Taggeld in der Police in festen Franken festgelegt ist.

13 Invaliditätsfall

13.1 Invaliditätskapital

a) Anspruch

Je nach Vereinbarung bezahlt die Gesellschaft

- eine Kapitaleistung gemäss lit. b)

oder

- eine Integritätsentschädigung gemäss lit. c)

b) Kapitaleistung

1. Bemessung der Leistung

Die Invaliditätssumme bemisst sich nach der vereinbarten Versicherungssumme, dem Invaliditätsgrad (Ziff. 2) und - bei Wahl der progressiven Versicherung - aufgrund der Progressionsvariante (Ziff. 3).

War der Versicherte vor dem Unfall bereits invalid, bezahlt die Gesellschaft die Differenz zwischen den Invaliditätssummen, die sich nach diesem Vertrag aufgrund der Invaliditätsgrade vor und nach dem Unfall ergeben.

2. Invaliditätsgrad

Es gelten folgende Prozentsätze:

Verlust beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, eines Armes oder einer Hand und zugleich eines Beines oder Fusses, gänzliche Lähmung, unheilbare, jedes vernunftmässige Handeln ausschliessende Geistesstörung sowie

völlige Erblindung	100%
Verlust der Sehkraft eines Auges	30%
Verlust des Gehörs auf beiden Ohren	60%
Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15%
Verlust eines Armes im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben (einschliesslich der Hand und der Finger)	70%
Verlust eines Armes unterhalb des Ellbogengelenkes oder einer Hand (einschliesslich der Finger)	60%
Verlust eines Daumens	22%
Verlust eines Zeigefingers	14%
Verlust eines andern Fingers	8%
Verlust eines Beines im Kniegelenk oder oberhalb desselben (einschliesslich des Fusses)	60%
Verlust eines Beines unterhalb des Kniegelenkes einschliesslich des Fusses)	50%
Verlust eines Fusses	40%

Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt.

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.

Bei vorstehend nicht aufgeführter Beeinträchtigung der Gesundheit erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrades aufgrund ärztlicher Feststellungen in Anlehnung an die obigen Prozentsätze.

Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.

3. Progressionsvarianten

Ist progressive Invaliditätsversicherung vereinbart, bemisst sich die Invaliditätssumme - je nach gewählter Variante - gemäss folgender Tabelle:

Leistung in % der Versicherungssumme																			
Inv.- Grad	Variante				Inv.- Grad	Variante				Inv.- Grad	Variante				Inv.- Grad	Variante			
	A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D
100	225	350	100	100	75	150	225	100	88	50	75	100	100	75	25	25	25	75	50
99	222	345	100	100	74	147	220	100	87	49	73	97	99	74	24	24	24	72	48
98	219	340	100	99	73	144	215	100	87	48	71	94	98	73	23	23	23	69	46
97	216	335	100	99	72	141	210	100	86	47	69	91	97	72	22	22	22	66	44
96	213	330	100	98	71	138	205	100	86	46	67	88	96	71	21	21	21	63	42
95	210	325	100	98	70	135	200	100	85	45	65	85	95	70	20	20	20	60	40
94	207	320	100	97	69	132	195	100	85	44	63	82	94	69	19	19	19	57	38
93	204	315	100	97	68	129	190	100	84	43	61	79	93	68	18	18	18	54	36
92	201	310	100	96	67	126	185	100	84	42	59	76	92	67	17	17	17	51	34
91	198	305	100	96	66	123	180	100	83	41	57	73	91	66	16	16	16	48	32
90	195	300	100	95	65	120	175	100	83	40	55	70	90	65	15	15	15	45	30
89	192	295	100	95	64	117	170	100	82	39	53	67	89	64	14	14	14	42	28
88	189	290	100	94	63	114	165	100	82	38	51	64	88	63	13	13	13	39	26
87	186	285	100	94	62	111	160	100	81	37	49	61	87	62	12	12	12	36	24
86	183	280	100	93	61	108	155	100	81	36	47	58	86	61	11	11	11	33	22
85	180	275	100	93	60	105	150	100	80	35	45	55	85	60	10	10	10	30	20
84	177	270	100	92	59	102	145	100	80	34	43	52	84	59	9	9	9	27	18
83	174	265	100	92	58	99	140	100	79	33	41	49	83	58	8	8	8	24	16
82	171	260	100	91	57	96	135	100	79	32	39	46	82	57	7	7	7	21	14
81	168	255	100	91	56	93	130	100	78	31	37	43	81	56	6	6	6	18	12
80	165	250	100	90	55	90	125	100	78	30	35	40	80	55	5	5	5	15	10
79	162	245	100	90	54	87	120	100	77	29	33	37	79	54	4	4	4	12	8
78	159	240	100	89	53	84	115	100	77	28	31	34	78	53	3	3	3	9	6
77	156	235	100	89	52	81	110	100	76	27	29	31	77	52	2	2	2	6	4
76	153	230	100	88	51	78	105	100	76	26	27	28	76	51	1	1	1	3	2

4. Rentenzahlung

Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls das 65. Lebensjahr vollendet, bezahlt die Gesellschaft anstelle der Invaliditätssumme (Ziff. 1) eine lebenslängliche Rente. Sie beträgt jährlich CHF 95 pro CHF 1'000 Invaliditätsentschädigung und wird vierteljährlich zum voraus ausgerichtet. Die Rente beginnt zu laufen, sobald der Invaliditätsgrad feststellbar ist und allfällige Taggeldleistungen aufgehört haben.

5. Auszahlung der Leistungen

Die Invaliditätssumme oder die Rente wird ausbezahlt, sobald das Ausmass der bleibenden Invalidität feststellbar ist, spätestens aber 5 Jahre nach dem Unfalltag.

Anspruchsberechtigt ist ausschliesslich die versicherte Person.

c) Integritätsentschädigung

1. Bemessung der Leistung

Die Integritätsentschädigung bemisst sich nach Massgabe der Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetzgebung und wird dann ausgerichtet, wenn der Versicherte durch den Unfall eine dauernde Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet.

2. Leistungen

Die Gesellschaft bezahlt das gemäss Police versicherte Vielfache der Integritätsentschädigung nach Massgabe der Bestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG je nach Vereinbarung

- im Rahmen des UVG-Lohnes (Art 17 lit. b) und/oder
- im Rahmen des Überschusslohnes (Art. 17 lit. b).

13.2 Invalidenrente

a) Anspruch

Die Gesellschaft bezahlt die vereinbarte Invalidenrente, wenn der Versicherte voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbstätigkeit beeinträchtigt ist. Die Voraussetzungen für den Anspruch richten sich nach der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG. Die Bestimmungen über die Komplementärrente gelangen jedoch nicht zur Anwendung.

b) Anpassung der Renten an die Teuerung

Die Renten werden gemäss den für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG massgebenden Bestimmungen an die Teuerung angepasst. Die Anpassung beträgt jedoch höchstens 10% pro Jahr, wobei Jahre mit weniger als 10% Teuerung nicht mit solchen mit mehr als 10% kompensiert werden können.

c) Auskauf von Renten

Es gelten die Bestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG; die Gesellschaft kauft Invalidenrenten immer aus, wenn der Monatsbetrag geringer als CHF 200 ist.

14 Todesfall

14.1 Todesfallkapital

a) Anspruch

Die Gesellschaft bezahlt die vereinbarte Todesfallsumme, wenn der Versicherte stirbt.

Für Versicherte, die im Zeitpunkt des Unfalles das 16. Altersjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Todesfallentschädigung höchstens CHF 20'000.

Stirbt der Versicherte innert fünf Jahren an den Folgen eines Unfalls, so zahlt die Gesellschaft die für den Todesfall versicherte Summe unter Abzug der allfällig für denselben Unfall bereits geleisteten Invaliditätsentschädigung.

b) **Bezugsberechtigte Personen**

1. überlebender Ehegatte oder eingetragener Partner;

Wurde die Ehe nach dem Unfall geschlossen oder die Partnerschaft nach dem Unfall eingetragen, besteht der Anspruch, wenn die Ehe oder Partnerschaft beim Tod des Versicherten mindestens zwei Jahre gedauert hat;

2. nicht verwandter Lebenspartner (auch gleichgeschlechtlich), der mit dem Verstorbenen in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine eheähnliche Lebensgemeinschaft im gleichen Haushalt führte;

3. Kinder zu gleichen Teilen;

Diesen gleichgestellt sind Kinder, die zur Zeit des Unfalls vom Versicherten unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen waren;

4. Eltern;

5. der Gesellschaft namentlich bekannt gegebene Personen.

Die Aufzählung der bezugsberechtigten Personen gilt nacheinander und unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Kategorien.

Sind keine der aufgezählten bezugsberechtigten Personen vorhanden, werden nur die vom UVG-Versicherer oder der schweizerischen Militärversicherung nicht übernommenen Bestattungskosten bis zu 10% der Todesfallsumme vergütet.

14.2 Hinterlassenenrente

a) **Anspruch**

Die Gesellschaft bezahlt die vereinbarte Hinterlassenenrente, wenn der Versicherte stirbt. Die Voraussetzungen für den Anspruch richten sich nach der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG. Der geschiedene Ehegatte hat jedoch keinen Anspruch auf eine Hinterlassenenrente und die Bestimmungen über die Komplementärrente gelangen nicht zur Anwendung.

b) **Anpassung der Renten an die Teuerung**

Die Renten werden gemäss den für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG massgebenden Bestimmungen an die Teuerung angepasst. Die Anpassung beträgt jedoch höchstens 10% pro Jahr, wobei Jahre mit weniger als 10% Teuerung nicht mit solchen mit mehr als 10% kompensiert werden können.

c) **Auskauf von Renten**

Es gelten die Bestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG; die Gesellschaft kauft Hinterlassenenrenten immer aus, wenn der Monatsbetrag geringer als CHF 200 ist.

d) Lebenspartnerrente

Für die Ausrichtung einer Lebenspartnerrente müssen alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Lebenspartner verschiedenen oder gleichen Geschlechts haben nachweislich und ununterbrochen mindestens während den letzten fünf Jahren vor dem Tod der versicherten Person in einer Lebensgemeinschaft in einem gemeinsamen Haushalt gelebt oder sie haben zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person nachweislich in einem gemeinsamen Haushalt gelebt und der hinterbliebene Partner muss für mindestens ein gemeinsames Kind aufkommen.
2. Beide Lebenspartner sind zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person weder verheiratet, noch in einer eingetragenen Partnerschaft oder einer anderen Lebenspartnerschaft.
3. Die Lebenspartner sind nicht miteinander verwandt.
4. Der hinterbliebene Lebenspartner bezieht keine andere Ehegatten-, Witwen-, Witwer- oder Lebenspartnerrente aus einer vorhergehenden Ehe, eingetragenen Partnerschaft oder anderer Lebenspartnerschaft.

Höhe und Dauer der Lebenspartnerrente:

Die Höhe und Dauer der Lebenspartnerrente richten sich nach den Bestimmungen über die Hinterlassenenrenten analog der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG. Anstelle des Zeitpunkts der Eheschliessung gilt dabei das Datum der Erfüllung der fünfjährigen Lebensgemeinschaft oder der Geburt des im gemeinsamen Haushalt lebenden gemeinsamen Kindes.

Obliegenheit:

Der hinterbliebene Lebenspartner hat sämtliche zur Prüfung des Anspruchs auf Lebenspartnerrente benötigten Unterlagen beizubringen.

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

15 Versicherung des Lohnnachgenusses

Die Gesellschaft übernimmt für den Versicherungsnehmer die ihm als Arbeitgeber obliegende gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338, Abs. 2 OR. Diese Leistung wird nur erbracht, wenn durch diesen Vertrag ein Todesfallkapital oder eine Hinterlassenenrente mitversichert ist.

16 Versicherung von Folgen früherer Unfälle

a) Anspruch

Erleidet ein Versicherter wegen eines früheren Unfalls einen Rückfall oder tritt eine Verschlimmerung der Spätfolgen eines früheren Unfalls auf, gewährt die Gesellschaft Versicherungsleistungen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der Versicherte muss bei Eintritt des Rückfalles bzw. der Verschlimmerung von Spätfolgen eines alten Unfalls seit mindestens 3 Monaten in den Diensten des Versicherungsnehmers stehen.
2. Die Heilungskosten und/oder das Taggeld müssen durch diesen Vertrag mitversichert sein.

b) Leistungen

Die Gesellschaft übernimmt ab Beginn der ersten beanspruchten Leistung, längstens jedoch für die Dauer von zwei Jahren:

1. Die Heilungskosten

- die ambulante ärztliche Behandlung,
- die Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals,
- die ärztlich verordnete Nachbehandlung,
- die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände sowie die Hilfsmittel,
- die notwendigen Reisen und Transporte.

Diese Leistungen werden nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 berechnet.

2. Taggeld

Ist der Versicherte während der Dauer der ärztlichen Behandlung arbeitsunfähig, so vergütet ihm die Gesellschaft vom 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit an, längstens für die Dauer von zwei Jahren, ein Taggeld von 80% des Verdienstes, den der Versicherte unmittelbar vor dem Aussetzen seiner Arbeit im Betrieb des Versicherungsnehmers erzielt hat. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit gilt Art. 12 lit. d) sinngemäss.

c) Leistungen Dritter

Die Leistungen gemäss lit. b) werden nicht erbracht:

1. soweit die Heilungskosten zu Lasten der UVG-Versicherung und/oder der schweizerischen Militärversicherung, der Eidgenössischen Invalidenversicherung oder einem haftpflichtigen Dritten gehen,
2. wenn der Lohnausfall, den der Versicherte erleidet, zu 80% oder mehr durch den UVG-Versicherer und/oder die schweizerische Militärversicherung oder die Eidgenössische Invalidenversicherung vergütet wird. Erreichen diese Leistungen zusammen weniger als 80% des Lohnausfalles, den der Versicherte während seiner Arbeitsunfähigkeit erleidet, so vergütet die Gesellschaft die Differenz.

17 Ermittlung der versicherten Leistungen aufgrund des versicherten Verdienstes

a) Bemessungsgrundlagen

Das Spitaltaggeld und das Taggeld bemessen sich nach dem versicherten Tagesverdienst.

Die Invaliditäts- und Todesfallleistungen bemessen sich nach dem versicherten Jahresverdienst.

Der versicherte Verdienst wird nach den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetzgebung ermittelt, und zwar sowohl im Rahmen des UVG- als auch des Überschusslohnes.

b) Anrechenbarer Verdienst

Als Verdienst gelten je nach Vereinbarung der

- "UVG-Lohn", d.h. der gemäss Unfallversicherungsgesetzgebung versicherte Verdienst,
- "Überschusslohn", d.h. der den "UVG-Lohn" übersteigende Teil des gesamten AHV-pflichtigen Verdienstes (einschliesslich Naturalbezüge),
- Gesamtlohn, d.h. UVG- und Überschusslohn zusammen.

Ohne anders lautende Vereinbarung ist der anrechenbare Verdienst auf CHF 300'000 pro Versicherten und Jahr begrenzt. Diese Limite gilt bezüglich ein und demselben Versicherten bei kombinierter Versicherung "UVG-/Überschusslohn" für beide Lohnbetreffnisse zusammen, bei ausschliesslicher Versicherung des Überschusslohnes für diesen allein.

Für die unter der UVG-Versicherung des versicherten Betriebes bzw. Berufes freiwillig versicherten Personen gilt als versicherter Verdienst der in der Police aufgeführte, im voraus vereinbarte Verdienst; bei kombinierter Versicherung "UVG-/Überschusslohnes" gilt dabei immer das UVG-Lohnmaximum als UVG-Lohn. Diese Regelung gilt auch für andere namentlich bezeichnete Personen, für die im Voraus ein in der Police aufgeführter versicherter Verdienst vereinbart ist.

18 Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

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

19 Luftfahrzeugentführungen und dergleichen

a) Erlischt der Versicherungsschutz für einen Versicherten

- während des Freiheitsentzuges nach einer Entführung des von ihm benützten Luftfahrzeuges,
- während seines unfreiwilligen Aufenthaltes nach einem Fallschirmabsprung zur Rettung des eigenen Lebens oder nach einer Notlandung, oder
- auf seiner an den Freiheitsentzug oder unfreiwilligen Aufenthalt anschliessenden direkten Rückreise an den Wohnort bzw. Weiterreise an den ursprünglichen Bestimmungsort,

behält er über das Ablaufdatum hinaus noch während längstens eines Jahres Gültigkeit, vom Zeitpunkt der Entführung, des Fallschirmabsprunges oder der Notlandung an gerechnet.

b) Die Ausschlussbestimmungen gemäss Art. 9 betreffend kriegerische Ereignisse und Unruhen finden keine Anwendung auf Unfälle, die der Versicherte erleidet;

- an Bord des Luftfahrzeuges, sofern der Unfall durch Personen die sich ebenfalls an Bord befinden, oder durch in das Luftfahrzeug eingeschmuggelte gefährliche Stoffe verursacht wird,
- während des Freiheitsentzuges im Anschluss an die Entführung des Luftfahrzeuges, während des unfreiwilligen Aufenthaltes nach einem Fallschirmabsprung zur Rettung des eigenen Lebens oder einer Notlandung sowie auf der anschliessenden direkten Rückreise an seinen Wohnort bzw. Weiterreise an seinen ursprünglichen Bestimmungsort. Die zeitliche Begrenzung gemäss lit. a hievon hat auch hier Gültigkeit.

- c) Bricht jedoch ein Krieg aus, so endet der Versicherungsschutz gemäss lit. b 48 Stunden nach Ausbruch der Feindseligkeiten in dem Lande, in dem sich das Luftfahrzeug zu diesem Zeitpunkt befindet. Ist jedoch der Freiheitsentzug, der Fallschirmabsprung oder die Notlandung bereits erfolgt, erlischt lit. b, Einzug 2, hievor erst nach Ablauf eines Jahres danach.
- d) Die Deckungserweiterungen gemäss lit. a und b hievor gelten unter der Voraussetzung, dass der Versicherte nicht selbst aktiv oder durch Aufwiegelung an den betreffenden Ereignissen beteiligt war.

PRÄMIE

20 Prämienberechnung

Die Berechnung der Prämie erfolgt aufgrund

- des nach AHV-Normen ermittelten Lohnes der versicherten Personen sowie nach den Bestimmungen des schweizerischen Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der dazu gehörenden Verordnungen,
- der Anzahl der versicherten Personen und/oder der Anzahl der Beschäftigungstage.

21 Vorauszahlungsprämie und Prämienabrechnung

- a) Zu Beginn jedes Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer zunächst die provisorisch festgesetzte Prämie (Vorauszahlungsprämie) zu bezahlen, die der mutmasslich endgültigen möglichst entspricht. Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage nach Fälligkeit.
- b) Nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages wird die Prämienabrechnung vorgenommen. Zu diesem Zweck stellt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer ein Formular mit der Aufforderung zu, ihr darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung mitzuteilen.

Eine sich aus der Prämienabrechnung ergebende Nachprämie ist innert 30 Tagen, nachdem die Gesellschaft den Betrag vom Versicherungsnehmer eingefordert hat, zu bezahlen. Eine allfällige Rückprämie lässt die Gesellschaft innerhalb derselben Frist seit Feststellung des endgültigen Prämienbetrages dem Versicherungsnehmer zugehen. Bei Beträgen unter CHF 20 verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

Die Gesellschaft hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Er hat ihr zu diesem Zweck Einblick in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, Belege usw.) zu gewähren.

- c) Die Gesellschaft kann die Vorauszahlungsprämie jeweils auf den Beginn eines Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anpassen.

22 Pauschalprämie

Die Prämie gilt nur dann als Pauschalprämie, wenn sie ausdrücklich als solche vereinbart worden ist. Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage nach Fälligkeit.

23 Ratenzahlung

Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Laufe des Versicherungsjahres fällig werdenden Raten unter Vorbehalt von Art. 24 nur als gestundet.

24 Rückerstattung

Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, erstattet die Gesellschaft die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, zurück und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein. Die Bestimmungen über die Prämienabrechnung gemäss Art. 21 bleiben vorbehalten.

Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode bleibt jedoch ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Teilschadenfall innerhalb eines Jahres seit Vertragsabschluss kündigt.

25 Änderung des Prämientarifes

Ändern der Prämientarif für die UVG-Zusatzversicherung und/oder die im schweizerischen Bundesgesetz über die Unfallversicherung vorgeschriebenen Versicherungsleistungen in ihrem materiellen Umfang oder in ihrer betraglichen Höhe, kann die Gesellschaft die Anpassung des Vertrages mit Wirkung ab folgendem Versicherungsjahr verlangen.

Zu diesem Zweck gibt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbestimmungen spätestens 90 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den von der Änderung betroffenen Teil, oder den gesamten Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

26 Überschussbeteiligung

Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer nach Ablauf der vereinbarten Abrechnungsperiode den vertraglichen Anteil am allfälligen Überschuss.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die ausbezahlten Versicherungsleistungen für die während der Abrechnungsperiode eingetretenen Schadenfälle von der massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämie abgezogen werden. Dabei werden Rentenleistungen mit ihrem Barwert berücksichtigt.

Die Dauer der Abrechnungsperiode, die massgebende Prämie sowie der Überschussanteil sind in der Police erwähnt. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle abgeschlossen sind. Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die neue Abrechnungsperiode vorgetragen.

Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

SCHADENFALL

27 Obliegenheiten

Gibt ein Unfall voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen,

- ist sobald als möglich ein zur Berufsausübung zugelassener Arzt oder Zahnarzt beizuziehen und für fachgemässe Pflege zu sorgen. Der Versicherte hat den Anordnungen des behandelnden Arztes oder Zahnarztes oder einer von ihm beauftragten medizinischen Hilfsperson Folge zu leisten. Er ist verpflichtet, sich einer Untersuchung durch von der Gesellschaft beauftragte Ärzte zu unterziehen,
- hat der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte dies der Gesellschaft innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen. Ferner hat der Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Versicherungsfalles und dessen Folgen dienen kann.
- Die Gesellschaft ist berechtigt, zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen. Der Anspruchsberechtigte räumt ihr das Recht ein, direkt und auf ihre Kosten solche Belege und Auskünfte einzufordern. Er entbindet die Ärzte, welche den Versicherten behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft.

Von einem Todesfall ist die Gesellschaft so zeitig zu benachrichtigen, dass sie eine Autopsie auf ihre Kosten veranlassen kann, wenn noch andere Ursachen als ein Unfall für den Tod möglich sind. Die Autopsie darf nicht vorgenommen werden, wenn eine Einsprache des Ehegatten oder bei dessen Fehlen der Eltern oder volljährigen Kinder des Versicherten oder eine entsprechende Willenserklärung desselben vorliegt.

28 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten

Werden die Pflichten gemäss Art. 27 schuldhaft verletzt und dadurch Ausmass oder Feststellung der Unfallfolgen nachteilig beeinflusst, kann die Gesellschaft ihre Leistungen entsprechend kürzen, es sei denn, der Versicherungsnehmer, Versicherte oder Anspruchsberechtigte beweise, dass das vertragswidrige Verhalten die Folgen und die Feststellung des Unfalls nicht beeinflusst hat.

VERTRAGSDAUER UND KÜNDIGUNGSRECHT

29 Vertragsdauer

- a) Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird.
- b) Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist der Gesellschaft bzw. dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.
- c) Ist die Vertragsdauer kürzer als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne weiteres am festgesetzten Ablauftag.

30 Gefahrenerhöhung oder -verminderung

Ändert sich im Laufe der Versicherung eine im Antrag oder sonst wie mitgeteilte erhebliche Tatsache, (insbesondere Art des versicherten Betriebes bzw. Berufes, Tätigkeit der versicherten Personen) und wird dadurch eine wesentliche Gefahrenerhöhung herbeigeführt, hat der Versicherungsnehmer dies der Gesellschaft sofort schriftlich mitzuteilen. Unterlässt der Versicherungsnehmer diese Mitteilung, ist die Gesellschaft für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden. Ist der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht nachgekommen, ist die erhöhte Gefahr gedeckt.

Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass das Versäumnis auf einem Versehen beruht und nach dessen Feststellung unverzüglich nachgeholt worden ist.

Die Gesellschaft ist jedoch berechtigt, innert 14 Tagen nach Eingang der Anzeige den Vertrag auf 2 Wochen zu kündigen. Eine allfällige Mehrprämie ist ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung geschuldet.

Bei Gefahrverminderung reduziert die Gesellschaft ab Eingang der schriftlichen Mitteilung des Versicherungsnehmers die Prämie entsprechend.

Übernimmt der Versicherungsnehmer anstelle des bisherigen Betriebes innert Jahresfrist einen anderen gleichartigen Betrieb, ist dies ohne Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung. Der Versicherungsnehmer ist jedoch verpflichtet, der Gesellschaft den Wechsel zwecks Anpassung der Versicherung an die neuen Verhältnisse unverzüglich anzuzeigen.

31 Kündigungsrecht im Schadenfall

- a) Nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird, kann der Versicherungsnehmer spätestens nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, den Vertrag kündigen. Der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung bei der Gesellschaft.
- b) Die Gesellschaft verzichtet ausdrücklich auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen, ausser im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs. Kündigt die Gesellschaft den Vertrag aus diesem Grunde, erlischt er 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.

VERSCHIEDENES

32 Unverschuldete Vertragsverletzung

Bei Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten obliegenden Verpflichtungen treten die in diesem Vertrag vorgesehenen Nachteile nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist.

33 Abtretung von Ansprüchen

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung der Gesellschaft weder übertragen noch verpfändet werden.

34 Mitteilungen an die Gesellschaft

Alle Mitteilungen sind an den schweizerischen Sitz der Gesellschaft zu richten. Kündigungs- und Rücktrittserklärungen müssen vor Ablauf der Frist dort eintreffen.

35 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Für Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag kann die Gesellschaft am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten sowie am Sitz der Gesellschaft belangt werden.

Als Sitz der Gesellschaft gilt die Geschäftsstelle für das gesamte schweizerische Geschäft.