

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektive Unfallzusatzversicherung zum UVG

LAACGA06-A1 – Ausgabe 01.03.2023

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines	Art. 19	Rückfälle oder Spätfolgen früherer Unfälle
Abkürzungen	Art. 20	Invalidität
Art. 1	Art. 21	Todesfallkapital
Art. 2	Art. 22	UVG-Überschussrente
Art. 3	Art. 23	Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung
Art. 4	Art. 24	Leistungsausschlüsse
B. Umfang der Versicherung	Art. 25	Kürzung und Verweigerung von Leistungen
Art. 5	Art. 26	Leistungen für Personen mit AHV-Altersrente
Art. 6	Art. 27	Örtlicher Geltungsbereich
C. Beginn und Ende des Vertrags	Art. 28	Regress gegen haftpflichtige Dritte
Art. 7	F. Prämien	
Art. 8	Art. 29	Berechnung der Prämie
Art. 9	Art. 30	Prämienzahlung
D. Versicherungsschutz	Art. 31	Anpassung des Prämienatzes
Art. 10	Art. 32	Definitive Prämienabrechnung
Art. 11	Art. 33	Überschussbeteiligung
Art. 12	G. Weitere Bestimmungen	
Art. 13	Art. 34	Pflichten des Versicherungsnehmers
E. Versicherte Leistungen	Art. 35	Pflichten des Versicherten
Art. 14	Art. 36	Änderung der versicherten Gefahr
Art. 15	Art. 37	Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 16	Art. 38	Maklerklausel
Art. 17	Art. 39	Mitteilungen
Art. 18	Art. 40	Erfüllungsort
	Art. 41	Gerichtsstand
	Art. 42	Datenschutz

A. Allgemeines

Abkürzungen

AHVg:	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
IVG:	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KVG:	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
UVG:	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
UVV:	Verordnung über die Unfallversicherung
MVG:	Bundesgesetz über die Militärversicherung
AVIG:	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung
VVG:	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
DSG:	Bundesgesetz über den Datenschutz
AVB:	Allgemeine Versicherungsbedingungen
OR:	Obligationenrecht

Art. 1 Versicherer

Das risikotragende Versicherungsunternehmen ist die Gruppe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachstehend Versicherer genannt.

Art. 2 Zweck der Versicherung

Versichert sind gemäss den in der Police aufgeführten Leistungen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten, bei denen die UVG-Versicherung, die Militärversicherung oder die Kollektivunfallversicherung analog zum UVG leistungspflichtig ist.

Art. 3 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

1. den vorliegenden AVB, den allfälligen Zusatzbedingungen oder Besonderen Bedingungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
2. den Bestimmungen und Erklärungen im Antrag und den zusätzlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers
3. dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
4. dem Datenschutzgesetz (DSG)
5. Das UVG ist analog anwendbar, wenn dies in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen vorgesehen ist.
6. dem Obligationenrecht (OR)

Art. 4 Definitionen

1. Berufsunfälle

Als Berufsunfälle gelten alle Unfälle im Sinn des UVG, die der Versicherte in Ausübung seiner Erwerbstätigkeit erleidet. Alle anderen Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.

2. Berufskrankheiten

Als Berufskrankheiten gelten diejenigen im Sinn des UVG. Sie sind ab dem Tag, an dem sie ausgebrochen sind, bzw. sobald sich der Versicherte zum ersten Mal einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss oder arbeitsunfähig ist, den Berufsunfällen gleichgestellt.

3. Arbeitsunfähigkeit

Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

4. Invalidität

Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

5. Fall

Unter einem Fall versteht man das Auftreten einer Berufskrankheit oder der Eintritt eines Unfalls im vereinbarten Geltungsbereich bei einer bestimmten Person.

6. UVG-Lohn

Der UVG-Lohn entspricht dem gemäss UVG und den dazugehörenden Verordnungen versicherten Verdienst.

7. Überschusslohn

Der Überschusslohn entspricht dem Lohn, der den maximal versicherten Verdienst gemäss UVG und den dazugehörenden Verordnungen übersteigt.

8. Kollektivunfallversicherung analog zum UVG

Im Rahmen dieser Versicherung wird ein Versicherungsschutz gemäss dem Leistungskatalog der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) gewährt.

B. Umfang der Versicherung

Art. 5 Versicherungspolice

In der Versicherungspolice ist der Versicherungsschutz detailliert aufgeführt, insbesondere die versicherten Personen, der maximal versicherte Lohn, die versicherten Leistungen und allfällige besondere Bedingungen.

Art. 6 Versicherte Personen

1. Versichert sind Personen, die zum in der Police erwähnten Versichertenkreis gehören, sofern sie aufgrund der in der Police versicherten Tätigkeit der Unfallversicherung gemäss UVG unterstehen.
2. Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die aufgrund ihrer Arbeitszeit im versicherten Unternehmen im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten gedeckt sind, ist die UVG-Zusatzversicherung ebenfalls auf Berufsunfälle und Berufskrankheiten beschränkt. Für diese Personen gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg als Berufsunfälle.
3. Nicht dem UVG unterstellte Arbeitnehmer mit einer Kollektivunfallversicherung analog zum UVG können sich ebenfalls versichern.
4. Sofern in der Police nicht anders geregelt, sind Personen, die nach Art. 1a Abs. 1 Bst. c UVG an einer Massnahme der Invalidenversicherung im Betrieb teilnehmen, nicht versichert.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 7 Beginn und Ende des Vertrags

1. Der Vertragsbeginn und das Vertragsende sind in der Police festgehalten.
2. Geht bis spätestens 30. September keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei Ablauf der Police stillschweigend jeweils um ein Jahr.
3. Der Vertrag endet:
 - a. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer
 - b. bei der Einstellung der Tätigkeit des versicherten Unternehmens
 - c. bei Kündigung im Schadenfall gemäss Art. 8 dieser AVB
 - d. bei Kündigung aus betrügerischer Begründung im Sinn von Art. 9 dieser AVB
 - e. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 30 Abs. 5 dieser AVB
 - f. wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird
 - g. bei Kündigung aufgrund einer Prämiensatzerhöhung gemäss Art. 31 dieser AVB.

Art. 8 Kündigung im Schadenfall

1. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Leistung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.
2. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm durch das VVG zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu oder aus wichtigem Grund im Sinn des VVG.

Art. 9 Betrügerische Begründung

Die Versicherungspolice kann annulliert oder gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt oder zu erzielen versucht hat.

D. Versicherungsschutz

Art. 10 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers ist, dass der Unfall, die Körperschädigung oder die letzte Gefährdung vor dem Ausbruch der Berufskrankheit während der Gültigkeitsdauer des Kollektivvertrags erfolgte, mit Ausnahme von Art. 19 dieser AVB.
Rückfälle und Spätfolgen im Zusammenhang mit Unfällen, die sich während der Versicherungsdauer ereignet haben, sind gedeckt, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist.
2. Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis oder der Lohnanspruch beginnt, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da sich der Arbeitnehmer auf den Weg zur Arbeit begibt.

Art. 11 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet für jeden Versicherten:

- a. mit dem Ablauf des Tages vor Arbeitsantritt beim neuen Arbeitgeber oder mit der Anmeldung bei der Arbeitslosen-kasse, jedoch spätestens mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn endet, unter Vorbehalt von Art. 13 dieser AVB.
Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufs-unfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag
- b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 30 Abs. 4 dieser AVB
- c. bei Vertragsende oder mit dem Ruhen des Versicherungsvertrags
- d. bei Ende des UVG-Versicherungsschutzes für entsandte Arbeitnehmer, unter Vorbehalt von Art. 6 Abs. 3 dieser AVB.

Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung

1. In der Schweiz wohnhafte Personen, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten gehören, haben das Recht, in ein Produkt der Einzelversicherung überzutreten. Sie müssen dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem sie aus dem Kreis der Versicherten ausgeschieden sind, geltend machen, sofern sich seit dem letzten Arbeitstag kein Unfall ereignet hat.
Das Übertrittsrecht gilt auch für Grenzgänger, falls sie weiterhin in der Schweiz erwerbstätig sind.
2. Ohne Gesundheitsprüfung können höchstens diejenigen Leistungen für medizinische Kosten, Taggelder und Kapitale versichert werden, für die bisher ein Versicherungsschutz bestand.

3. Beim Übertritt sind die geltenden Tarife und AVB der Einzelversicherung anwendbar. Die Leistungen werden proportional gekürzt, wenn der Betrag des neuen tatsächlichen Einkommens oder der Arbeitslosenentschädigung kleiner ist.
4. Massgebend für die Berechnung der Prämie ist das Alter im Zeitpunkt des Beitritts in den Kollektivvertrag.
5. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht:
 - bei Kündigung des Versicherungsvertrags und dessen Übernahme durch einen anderen Versicherer mit dem gleichen Kreis der Versicherten oder Teilen davon
 - wenn der Versicherte die Arbeitsstelle wechselt und in die UVG-Zusatzversicherung seines neuen Arbeitgebers übertritt
 - wenn der Versicherte eine Rente der AHV oder einer ausländischen Sozialversicherung bezieht

Art. 13 Unbezahlter Urlaub

1. Bei unbezahltem Urlaub bleibt der Versicherungsschutz während maximal 7 Monaten weiter bestehen (inkl. Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäss Art. 11 Bst. a dieser AVB), wenn der Versicherte gemäss UVG unfallversichert (inkl. Abredeversicherung) und sein Arbeitsvertrag ungekündigt ist.
2. Während der Dauer des unbezahlten Urlaubs werden keine Prämien erhoben.

E. Versicherte Leistungen

Art. 14 Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen)

A. Kostenübernahme

Sind die Heilungskosten versichert, übernimmt der Versicherer entsprechend der gewählten Variante den von der UVG-Versicherung nicht gedeckten Teil der nachfolgend aufgeführten Kosten.

Er übernimmt die Kosten für Behandlungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Die Kostenübernahme beginnt ab dem Tag des Unfalls und solange Pflegeleistungen gemäss UVG erbracht werden.

Wenn die im Wohnsitzland erbrachten Pflegeleistungen vom UVG-Versicherer gemäss den im Wohnsitzland geltenden gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen übernommen werden, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Übernahme ausländischer Honorarüberschreitungen und gesetzlicher Selbstbeteiligungen (bei ambulanten Behandlungen und Apothekerrechnungen, die nicht von der Sozialversicherung des Wohnsitzlandes rückerstattet werden) in Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA/UK oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen und sofern das Gesetz des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

1. Medizinische Behandlung

Die Pflegeleistungen und Behandlungen, die von medizinischen Fachkräften, welche im Sinn des UVG anerkannt sind, durchgeführt werden

2. Medikamente

Die Kosten für notwendige, von einem Arzt verordnete oder abgegebene Medikamente, mit Ausnahme pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Spitalaufenthalt

a. Deckung

Im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife für die in der Police festgelegte Versicherungsvariante:

- Hotellerie-Service betreffend Unterkunft und Verpflegung
- Anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
- Behandlung der Patienten im Spital
- Honorare der Ärzte
- Honorare von Ärzten, die selbstständig medizinische Leistungen im Spital erbringen (Belegärzte).

b. Anerkannte Einrichtungen

Leistungen, die von Spitaleinrichtungen erbracht werden, welche vom Versicherer anerkannt sind, werden übernommen. Die anerkannten Einrichtungen haben mit dem Versicherer einen Tarifvertrag für die entsprechenden Abteilungen abgeschlossen.

Der Versicherer publiziert eine Liste der anerkannten Einrichtungen.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob die Einrichtung, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

c. Nicht anerkannte Einrichtungen

Der Versicherer behält sich das Recht vor, Leistungen abzulehnen oder einzuschränken, die von einem Leistungserbringer erbracht werden, der keinen Tarifvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.

d. Abzug des UVG-Versicherers

Der durch das UVG vorgesehene Abzug für Unterhaltskosten bei einem Spitalaufenthalt ist ebenfalls versichert.

4. Kur- und Erholungsaufenthalte

Die Kosten für die ärztlich angeordnete Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Kur- oder Erholungseinrichtung. Die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt und die Unterkunft werden in Ergänzung zum UVG-Versicherer bis zu CHF 200.– pro Tag und für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt vergütet, bei einer Höchstdauer von 120 Tagen pro Fall. Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten Einrichtungen zur Verfügung.

5. Alternativmedizin

Der für die Heilbehandlungen vorgesehene Betrag, soweit die Behandlung von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt wird, bis zu CHF 100.– pro

Sitzung, höchstens CHF 2500.– pro Fall. Der Versicherer stellt eine Liste der anerkannten Leistungserbringer zur Verfügung.

6. Hilfsmittel

Die Kosten für die Eranschaffung oder die Miete von medizinisch verordneten Hilfsmitteln, die dazu dienen, eine körperliche Schädigung, eine Einschränkung oder den Verlust einer Funktion auszugleichen (Prothesen, Brillen, Hörgeräte und orthopädische Hilfsmittel) gemäss der vom Versicherer zur Verfügung gestellten Liste.

Die Reparaturkosten oder den Ersatz (Neuwert) von Gegenständen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, sofern diese bei einem versicherten Unfall, der eine behandlungsbedürftige Körperschädigung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden.

7. Haushaltshilfe und Pflege zuhause

Der Versicherte hat Anspruch auf ärztlich verordnete Pflege zuhause und auf Haushaltshilfe, sofern diese Leistungen von einer nach UVG anerkannten Organisation erbracht werden.

Haushaltshilfe wird gewährt, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ärztlich bestätigt wird. Pflege zuhause ist innerhalb der nachstehenden Limiten gedeckt, solange der Versicherte Anspruch auf Taggelder des UVG-Versicherers hat.

Die Leistungen für Haushaltshilfe und Pflege zuhause sind auf CHF 100.– pro Tag und höchstens CHF 6000.– pro Fall beschränkt.

8. Kinderbetreuung

Der Versicherte hat Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck erfolgt.

Die Kinderbetreuung ist im Rahmen der nachstehend vorgesehenen Limiten gedeckt, sofern sie dem Versicherten zusätzliche Kosten verursacht und solange er eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% nachweist.

Die Leistungen für die Kinderbetreuung sind auf CHF 150.– pro Tag und höchstens CHF 6000.– pro Fall beschränkt.

9. Sachschäden

Die Kosten für Reinigung, Reparatur oder Ersatz der Kleidung des Versicherten, die bei einem leistungspflichtigen Unfall beschädigt wurde, sowie die Kosten für Gegenstände und Fahrzeuge von Personen, die zur Bergung und zum Transport des Versicherten eingesetzt wurden, bis zu einem Höchstbetrag von CHF 3000.– pro Unfall.

10. Transportkosten

Die medizinisch notwendigen Kosten für den Transport des Versicherten zum Behandlungsort. Der Lufttransport wird übernommen, sofern er aus medizinischen oder technischen Gründen gerechtfertigt ist.

11. 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.

12. Suchaktionen

Der Versicherer vergütet in Ergänzung zur UVG-Versicherung die notwendigen Kosten für Suchaktionen zur Rettung des Versicherten bis höchstens CHF 100 000.– pro Fall.

B. Leistungserbringer

Der Versicherer kann Listen der anerkannten oder ausgeschlossenen Leistungserbringer zur Verfügung stellen, die jederzeit angepasst werden können. Die Listen stehen auf der Website des Versicherers oder auf Anfrage zur Verfügung.

Massgebend sind die zum Zeitpunkt der Bearbeitung gültigen Listen.

Dem Versicherungsnehmer steht bei einer Anpassung der Listen kein Kündigungsrecht zu.

C. Leistungen Dritter

Falls die Heilungskosten gemäss diesem Artikel durch eine andere schweizerische oder ausländische Sozialversicherung geschuldet sind, ergänzt der Versicherer seine Leistungen maximal bis zur Höhe der entstandenen Behandlungskosten.

D. Überentschädigung

Falls die Heilungskosten von mehreren Versicherern gedeckt sind, darf der Gesamtbetrag der Leistungen die tatsächlich aus dem Unfall entstandenen Kosten nicht übersteigen. Der Versicherer vergütet die bei ihm versicherten Leistungen lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

Art. 15 Taggeld bei Spitalaufenthalt

1. Leistungsanspruch

Der Versicherer bezahlt das in der Police vereinbarte Spitaltaggeld bei einem Aufenthalt in einer Spital- oder Kureinrichtung, sofern dieser medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.

Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn eine medizinische Behandlung durchgeführt wird, die den Gesundheitszustand verbessert oder eine ungünstige Entwicklung desselben verhindert.

Der Aufenthalt in einer ärztlich kontrollierten Kureinrichtung ist ausserdem nur gedeckt, wenn der Versicherte vor Beginn der Kur in ärztlicher Behandlung war.

Falls durch ärztlich angeordnete Pflegeleistungen zuhause ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann, vergütet der Versicherer dem Versicherten ein Taggeld, das der Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt entspricht.

2. Leistungsdauer

Das Taggeld bei Spitalaufenthalt wird ab dem Unfalltag bezahlt:

- für Spitalaufenthalte während höchstens 360 Tagen pro Fall
- für Kur- und Erholungsaufenthalte, während höchstens 30 Tagen pro Aufenthalt und maximal 120 Tagen für denselben Fall
- bei Pflegeleistungen zuhause wird die Hälfte des vereinbarten Taggeldes bei Spitalaufenthalt während höchstens 200 Pflegetagen pro Fall erbracht.

3. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung

ausgestaltet.

Art. 16 Taggeld

1. Leistungsanspruch

Sofern der Versicherte gemäss UVG Anspruch auf ein Taggeld hat, bezahlt der Versicherer für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit des Versicherten das in der Police vereinbarte Taggeld, unter Vorbehalt von Art. 26 Abs. 1 dieser AVB. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Die Wartefrist beginnt am Tag nach dem Unfalltag.

Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses bezahlt der Versicherer dem Versicherten das Taggeld bis zu dem vom Arzt auf dem Zeugnis angegebenen Datum, jedoch längstens bis zum Ende des laufenden Monats, sofern der Versicherer nicht weitere medizinische Abklärungen angeordnet hat.

2. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein im Verhältnis zum Grad der Arbeitsunfähigkeit gekürztes Taggeld entrichtet.

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

3. Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten auch Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung oder einer anderen schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherung zu, ergänzt der Versicherer seine Leistungen bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstaufschlags des Versicherten. Er bezahlt höchstens das vereinbarte Taggeld. Der Versicherer ist berechtigt, die Rückerstattung der gewährten Vorschüsse direkt bei diesen Einrichtungen oder bei einem allfälligen Dritten zu verlangen. Der rückerstattete Betrag steht dem Versicherer zu.

4. Überentschädigung

Wird das Taggeld von mehreren Versicherern gedeckt, darf der Gesamtbetrag der Leistungen den erlittenen Verlust nicht übersteigen. In diesem Fall entschädigt der Versicherer den Lohnausfall im Verhältnis zum Anteil des von ihm versicherten Taggeldes am Gesamtbetrag der versicherten Taggelder.

5. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 17 Hilfsmittel am Arbeitsplatz

Wenn sich infolge eines versicherten Unfalls die Anschaffung von geeigneten Hilfsmitteln für den Arbeitsplatz als notwendig erweist, übernimmt der Versicherer die Kosten für die Analyse durch einen von ihm beauftragten Spezialisten sowie die von diesem empfohlenen Hilfsmittel, sofern:

- Versicherungsschutz gemäss UVG beim Versicherer besteht;
- die Leistungen gemäss Art. 14 und 16 dieser AVB (Heilungskosten und Taggeld) versichert sind.

Die Kostenübernahme beträgt höchstens CHF 5000.– pro Fall. Ein Antrag auf Kostenübernahme muss bei der IV eingereicht werden. Wird diesem entsprochen, stellen die gesamten oder ein Teil der Leistungen einen Kostenvorschuss dar. In diesem Fall ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung

der gewährten Vorschüsse direkt bei der IV zu beantragen. Der rückerstattete Betrag steht dem Versicherer zu. Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 18 Entschädigung im Todesfall

Sofern in der Police aufgeführt, zahlt der Versicherer bei Tod des Versicherten infolge eines versicherten Unfalls den Lohn, den der Versicherungsnehmer nach Art. 338 OR zu entrichten hat. Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 19 Rückfälle oder Spätfolgen früherer Unfälle

Bei Rückfällen und/oder Spätfolgen früherer Unfälle, für die keine Versicherungsdeckung gemäss UVG besteht oder keine mehr besteht, übernimmt der Versicherer folgende Leistungen, sofern sie in der Police aufgeführt sind:

1. Heilungskosten (sofern in der Police aufgeführt)

Der Versicherer übernimmt die Heilungskosten gemäss der gewählten Variante in Ergänzung zum Krankenversicherer oder zu anderen Sozialversicherern im Rahmen von Art. 14 dieser AVB und solange diese Deckung besteht.

2. Taggeld (sofern in der Police aufgeführt)

Bei anerkannter Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Taggeld in der Höhe von 80% des versicherten Verdienstes auf Basis des UVG-Lohns. Die Leistungsdauer ist pro Fall auf maximal 730 Tage begrenzt. Vorbehalten bleibt Art. 26 Abs. 1 dieser AVB.

Der Anspruch auf Taggeld entsteht am 3. Tag nach der bestätigten Arbeitsunfähigkeit. Die Tage mit einer Teilarbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage. Die Bestimmungen von Art. 16 dieser AVB sind ebenfalls anwendbar.

Sofern in der Police aufgeführt, werden bei der Berechnung der Leistungen auch das zusätzliche und/oder das Überschuss-Taggeld berücksichtigt, dies im Rahmen des maximal versicherten Lohns.

Art. 20 Invalidität

1. Leistungsanspruch

Sofern in der Police aufgeführt, zahlt der Versicherer je nach vereinbarter Deckung:

- ein Invaliditätskapital (gemäss Abs. 2 Bst. c nachfolgend) und/oder
- die Kosten für Schönheitsoperationen (gemäss Abs. 3 nachfolgend) und/oder
- die Kosten für die berufliche Wiedereingliederung (gemäss Abs. 4 nachfolgend)

2. Kapitaleleistungen

a. Leistungsanspruch

Das Invaliditätskapital wird ausbezahlt, sobald eine dauerhafte Invalidität feststellbar ist. Art. 26 Abs. 2 dieser AVB bleibt vorbehalten.

b. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird gemäss der Skala zur Bemessung der Integritätsentschädigung in Anhang 3 der UVV sowie den entsprechenden Suva-Tabellen festgelegt.

Bei teilweisem Verlust oder bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird der Prozentsatz proportional gekürzt. 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 durch denselben Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die einzelnen Prozentsätze gewichtet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen.

c. Bemessung des Kapitals

Das Invaliditätskapital wird aufgrund des Invaliditätsgrades, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Progressionsvariante berechnet.

Wenn der Versicherte vor dem Unfall bereits invalid war, bezahlt der Versicherer ein Kapital im Verhältnis zum Invaliditätsgrad, der in direktem Zusammenhang mit dem Unfall steht.

d. Progressionsvarianten

Ist eine Invaliditätsversicherung mit Progression vereinbart, wird das Invaliditätskapital gemäss der gewählten Progressionsvariante und der nachfolgenden Tabelle berechnet.

Leistungen in % der Versicherungssumme

Invaliditäts- grad %	Entschädigung ohne Progr.	nach Variante	
		A	B
100	100	225	350
99	99	222	345
98	98	219	340
97	97	216	335
96	96	213	330
95	95	210	325
94	94	207	320
93	93	204	315
92	92	201	310
91	91	198	305
90	90	195	300
89	89	192	295
88	88	189	290
87	87	186	285
86	86	183	280
85	85	180	275
84	84	177	270
83	83	174	265
82	82	171	260
81	81	168	255
80	80	165	250
79	79	162	245
78	78	159	240
77	77	156	235
76	76	153	230
75	75	150	225

Invaliditäts- grad %	Entschädigung ohne Progr.	nach Variante	
		A	B
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

Invaliditäts- grad %	Entschädigung ohne Progr.	nach Variante	
		A	B
27	27	29	31
26	26	27	28
25	25	25	25
24	24	24	24
23	23	23	23
22	22	22	22
21	21	21	21
20	20	20	20
19	19	19	19
18	18	18	18
17	17	17	17
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

e. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

3. Ästhetischer Schaden

Falls der Unfall einen schwerwiegenden und dauerhaften ästhetischen Schaden verursacht hat, der keinen Anspruch auf ein Invaliditätskapital gemäss oben genanntem Buchstaben a ergibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten mit grosser Sicherheit beeinträchtigen könnte, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von:

- 10% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Verletzung das Gesicht betrifft
- 5% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Verletzung andere Körperteile betrifft

Die Entschädigung für solche Schäden ist auf CHF 20 000.– pro Fall beschränkt. Dieser Versicherungsschutz ist als Summenversicherung ausgestaltet.

4. Kosten für die berufliche Wiedereingliederung

Ist infolge desselben Unfalls eine Wiedereingliederung in einen anderen Beruf erforderlich, übernimmt der Versicherer nach vorheriger Vereinbarung zusätzlich zu den in den Absätzen 2 und 3 genannten Leistungen die dadurch anfallenden adäquaten Kosten, die nicht durch andere Versicherungen gedeckt sind, jedoch bis höchstens CHF 20 000.– pro Fall. Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 21 Todesfallkapital

1. Leistungsanspruch

Falls der Unfall den Tod des Versicherten zur Folge hat, zahlt der Versicherer den Begünstigten das in der Police vereinbarte Todesfallkapital unter Vorbehalt von Art. 26 Abs. 3 dieser AVB in folgender Reihenfolge aus:

- a. Überlebender Ehepartner oder überlebender eingetragener Partner
- b. Bei deren Fehlen haben die Kinder des verstorbenen Versicherten, die ihr 18. Lebensjahr bzw. bei einer Lehre oder einem Studium ihr 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu gleichen Teilen Anspruch auf das Todesfallkapital.

Gleichgestellt sind auch Kinder, für deren Unterhalts- und Erziehungskosten der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls unentgeltlich und dauernd aufgekommen ist.

- c. Bei deren Fehlen die nicht verheiratete und nicht eingetragene natürliche Person, die nicht mit der verstorbenen Person verwandt ist (auch gleichgeschlechtlich) und mit ihr in den letzten fünf Jahren bis zum Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat.

- d. Andere Hinterlassene

Sind keine der unter Bst. a, b und c genannten Hinterlassenen vorhanden, so fällt das Kapital an:

- die Kinder der versicherten Person, die die Kriterien von Bst. b nicht erfüllen,
- bei deren Fehlen an die natürlichen Personen, die die versicherte Person in einem Testament oder einer notariellen Urkunde als Begünstigte dieses Kapitals bestimmt hat,
- bei deren Fehlen an die Eltern der versicherten Person,
- bei deren Fehlen an die Geschwister der versicherten Person.

- e. Keine Hinterlassenen

- Sind keine der aufgeführten Hinterlassenen vorhanden, bezahlt der Versicherer nur den Teil der Bestattungskosten, der nicht von einem anderen Versicherer übernommen wird, höchstens aber CHF 20 000.–.

2. Kumulierung der Leistungen

Allfällige Leistungen für Invalidität (vgl. Art. 20 dieser AVB), die für die Folgen desselben Unfalls bereits bezahlt wurden, werden von den Todesfalleleistungen abgezogen.

3. Verschulden eines Hinterlassenen

Geldleistungen für Angehörige oder Hinterlassene des Versicherten werden gekürzt oder verweigert, wenn diese den Eintritt des Versicherungsfalls vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt haben.

4. Versicherungsart

Mit Ausnahme der Bestattungskosten (Schadenversicherung) ist der Versicherungsschutz als Summenversicherung ausgestaltet.

Art. 22 UVG-Überschussrente

1. Invalidenrente

- a. Sofern in der Police aufgeführt, zahlt der Versicherer

bei Vollinvalidität eine Invalidenrente von 80% des versicherten Überschusslohns. Bei teilweiser Invalidität wird die Rente proportional gekürzt.

- b. Für die Bemessung der Leistungen gelten im Übrigen die Bestimmungen des UVG, ausgenommen diejenigen über die Komplementärrenten. Der Rentenanspruch endet jedoch, wenn die versicherte Person das AHV-Alter erreicht.
- c. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Invalidenrenten mit einem monatlichen Betrag unter CHF 500.– auszukaufen.

2. Hinterlassenenrenten

- a. Sofern in der Police aufgeführt, zahlt der Versicherer im Todesfall folgende Hinterlassenenrenten:

- 40% des versicherten Überschusslohns für überlebende Ehepartner einschliesslich eingetragener Partner,
- 15% des versicherten Überschusslohns für Halbwaisen,
- 25% des versicherten Überschusslohns für Vollwaisen,
- höchstens 70% des versicherten Überschusslohns für mehrere Hinterlassene zusammen.

- b. Für die Bemessung der Leistungen gelten im Übrigen die Bestimmungen des UVG, ausgenommen diejenigen über die Komplementärrenten.

- c. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Hinterlassenenrenten mit einem monatlichen Betrag unter CHF 500.– auszukaufen.

3. Überentschädigung

- a. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozial- und Privatversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung des Berechtigten führen (kumuliert max. 90%). Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die aufgrund des Schadenereignisses gewährt werden.

- b. Eine Überentschädigung liegt vor, wenn die gesetzlichen Sozial- und Privatversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

- c. Die Geldleistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.

4. Verschulden eines Hinterlassenen

Geldleistungen für Angehörige oder Hinterlassene des Versicherten werden gekürzt oder verweigert, wenn diese den Eintritt des Versicherungsfalls vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt haben.

5. Versicherungsart

Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 23 Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung

1. Sofern die Deckung der gemäss UVG vorgenommenen Kürzung in der Police aufgeführt ist, ergänzt der Versicherer zusätzlich zu den in der Police garantierten Leistungen die Geldleistungen der Unfallversicherung gemäss UVG,

wenn die Leistungen aufgrund eines durch Grobfahrlässigkeit oder Wagnisse herbeigeführten Unfalls gekürzt werden, mit Ausnahme von Vergehen.

2. Art. 24 dieser AVB bleibt vorbehalten.
3. Der Versicherer ist berechtigt, die im Rahmen dieser Deckung geschuldeten Rentenleistungen jederzeit zu ihrem aktuellen Barwert auszukaufen, wodurch die Ansprüche des Versicherten aus dem Unfall vollumfänglich erlöschen.
4. Die Rentenleistungen im Rahmen dieser Deckung werden nicht indexiert.
5. Dieser Versicherungsschutz ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Art. 24 Leistungsausschlüsse

Nicht versichert sind:

- Fälle von Anzeigepflichtverletzung
- Fälle von Versicherungsbetrug oder der Versuch dazu
- vorsätzlich herbeigeführte Schäden
- vom Versicherten bei der Ausübung eines Vergehens nicht vorsätzlich herbeigeführte Unfälle in besonders schweren Fällen gemäss UVG
- Nichtberufsunfälle, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, in besonders schweren Fällen gemäss UVG
- vom Versicherten bei der Ausübung eines Verbrechens herbeigeführte Unfälle
- Unfälle infolge Erdbeben
- die Folgen von Kriegsereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte wurde in dem Land, in dem er sich aufhält, von den Ereignissen überrascht und der Unfall ereignet sich innerhalb von 14 Tagen nach deren Beginn
- Unfälle im ausländischen Militärdienst
- Teilnahme an kriegesischen Handlungen, Terrorakten und Verbrechen
- Schäden, die durch ionisierende Strahlung aller Art verursacht wurden. Dieser Ausschluss betrifft nicht Folgen von ärztlich verordneter Strahlenbehandlung aufgrund eines versicherten Ereignisses.

Art. 25 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

Unter Vorbehalt von Art. 24 dieser AVB verzichtet der Versicherer darauf, die Leistungen für alle über die Police versicherten Unfälle, die auf Grobfahrlässigkeit oder Wagnisse gemäss UVG zurückzuführen sind, zu kürzen.

Die Geldleistungen werden analog zum UVG gekürzt:

- bei Unfällen, die sich bei der Ausübung eines Vergehens ereignen. Darunter fallen auch Unfälle, die beim Lenken eines Motorfahrzeuges infolge Alkohol- oder Drogenkonsums verursacht wurden oder auf eine besonders hohe Geschwindigkeitsüberschreitung zurückzuführen sind.
- bei Beteiligung an Schlägereien und Raufereien, es sei denn, der Versicherte wird als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt
- bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert

- bei Teilnahme an Unruhen

Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Art. 34 und 35 dieser AVB genannten Verpflichtungen nicht einhält
- wenn der Versicherte die Anordnungen des Versicherers nicht befolgt (z. B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen), oder wenn er ohne triftigen Grund nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, die bereits erbrachten Leistungen zurückzufordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen.
- wenn der Versicherte sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können
- wenn der Versicherte den Grundsatz der Schadenminderung nicht einhält. In diesem Fall kann der Versicherer die Entschädigung auf den Betrag herabsetzen, der bei Erfüllung der Obliegenheit zu zahlen wäre.
- wenn der Versicherte den Antrag auf Leistungen bei der Invalidenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig stellt. In diesem Fall wird die Vergütung der Taggelder bis zum Tag der Antragstellung aufgeschoben.

Während des Unterbruchs des Versicherungsschutzes infolge Nichtbezahlung der Prämien im Sinn von Art. 30 Abs. 4 dieser AVB sind eintretende Schadenfälle nicht gedeckt.

Art. 26 Leistungen für Personen mit AHV-Altersrente

Ab Bezug der AHV-Altersrente passt der Versicherer die Leistungen für die zu diesem Zeitpunkt laufenden oder später eintretenden Fälle wie folgt an:

1. Taggeld

Das Taggeld wird während höchstens 6 Monaten gezahlt.

2. Invaliditätskapital

Die Versicherungssumme ist auf den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nach UVG ohne Progression begrenzt.

3. Todesfallkapital

Die Versicherungssumme ist auf den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nach UVG begrenzt.

Art. 27 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt gemäss den Bestimmungen des UVG weltweit.

Art. 28 Regress gegen haftpflichtige Dritte

Bei Eintritt des Schadenfalls tritt der Versicherer für Leistungen, die als Schadenversicherung versichert sind, bis zur Höhe der erbrachten Leistungen gegenüber haftpflichtigen Dritten in die Ansprüche des Versicherten und seiner Hinterlassenen ein.

F. Prämien

Art. 29 Berechnung der Prämie

Die Prämie der UVG-Zusatzversicherung wird anhand des AHV-Lohns oder des vereinbarten Lohns der versicherten Personen festgelegt. Im Weiteren sind die Bestimmungen des UVG und der entsprechenden Verordnungen anwendbar.

Art. 30 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Die Prämie ist am in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der Lohnsumme im Lauf des Jahres angepasst werden und müssen der mutmasslich tatsächlichen Prämie entsprechen.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht bezahlt, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu begleichen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.
Die Schadenfälle, die während des Ruhens der Versicherung eintreten, sind nicht gedeckt.
5. Fordert der Versicherer die ausstehende Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.
6. Sendet der Versicherungsnehmer die Lohnsummendeklaration nicht innert 30 Tagen nach Aufforderung des Versicherers, wird er vom Versicherer gemahnt. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des vorangegangenen Geschäftsjahres erhöht.

Art. 31 Anpassung des Prämiensatzes

1. Der Versicherer kann den Prämiensatz je nach Entwicklung der Kosten und Schadenfälle sowie Änderung der Klassierung der Unternehmen in die Gefahrenklassen und -stufen aufgrund von Art. 92 Abs. 5 UVG anpassen. Die Anpassung des Vertrags tritt im folgenden Versicherungsjahr in Kraft.
Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres über die neuen Vertragsbestimmungen. Bei einer Erhöhung des Prämiensatzes kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht vor dem Ende des Kalenderjahres geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).
2. Die Prämiensätze können beim Eintreten neuer Umstände (z. B. bei der Änderung der Unternehmenstätigkeit, Fusion, Spaltung, Übernahme) oder bei einer Restrukturierung geändert werden, sofern die Lohnsumme um 10% oder mehr ändert. Bei einer Erhöhung der Prämiensätze kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht innerhalb von 30 Tagen ab Mitteilung geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).

Art. 32 Definitive Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Art. 34 dieser AVB gelieferten Unterlagen oder durch eine Schätzung des Versicherers erstellt.

Art. 33 Überschussbeteiligung

1. Sofern in der Police aufgeführt, erhält der Versicherungsnehmer einen Anteil an einem allfälligen Prämienüberschuss.
2. Die Abrechnung erfolgt nach Ende der Abrechnungsperiode, jedoch erst nach Erledigung und Entschädigung aller Schäden aus diesem Zeitraum, und sofern die Prämien für die genannte Periode vollständig bezahlt sind.
3. Werden Schadenfälle aus einer abgeschlossenen Abrechnungsperiode erst nach Erstellen der Abrechnung gemeldet oder vergütet, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zu viel bezahlte Überschüsse zurück.
4. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird nur dann ausbezahlt, wenn die Versicherungspolice bis zum Ende der Abrechnungsperiode in Kraft war.

G. Weitere Bestimmungen

Art. 34 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten, wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt oder wenn der Vertrag endet.
2. Im Sinn der Informationspflicht (Art. 3 VVG) ist der Versicherungsnehmer auch verpflichtet, die versicherten Personen über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.
3. Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer unverzüglich benachrichtigen, sobald er erfährt, dass ein Arbeitnehmer einen Unfall erlitten hat, der eine ärztliche Behandlung erfordert, zu einer Arbeitsunfähigkeit führt oder den Tod des Versicherten zur Folge hat.
4. Der Versicherungsnehmer teilt dem Versicherer umgehend mit, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeits- oder erwerbsunfähigen Versicherten endet.
5. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung legt der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Lohnsummendeklaration und auf Anfrage die AHV-Abrechnungen der Versicherten vor.
6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die der AHV-Ausgleichskasse abgegebenen Dokumente einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzuschieben.
7. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen

zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, Buchungsbelege, amtliche Unterlagen etc.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Plausibilität des angegebenen Lohns zu überprüfen.

8. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung gemäss Art. 36 dieser AVB (Änderung der Unternehmenstätigkeit oder des versicherten Berufs) zu informieren.
9. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gemäss Art. 25 dieser AVB gehen können.
10. Wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden zurückzuführen ist oder wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und auf den Leistungsumfang hat, entfallen die Sanktionen.

Art. 35 Pflichten des Versicherten

1. Der Versicherte muss seinen Arbeitgeber oder den Versicherer unverzüglich über jeden Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, benachrichtigen. Stirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, haben die anspruchsberechtigten Hinterlassenen dieser Meldepflicht nachzukommen.
2. Während einer Arbeitsunfähigkeit muss der Versicherte für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben (z. B. für eine Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt).
3. Der Versicherte liefert dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer etc.). Ausserdem meldet der Versicherte dem Versicherer unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf seinen Leistungsanspruch (Änderung des Arbeitsfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter usw.).
4. Der Versicherte entbindet das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
5. Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) verpflichtet. Er hat insbesondere deren Anweisungen zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.
6. Der Versicherte ist verpflichtet, spätestens 6 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit einen Antrag auf Leistungen bei der Invalidenversicherung oder, auf Anweisung des Versicherers, bei einer anderen sozialen Einrichtung zu stellen.
7. Der Versicherte unterliegt der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsinstitutionen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung etc.) verpflichtet.
8. Der Versicherte lässt sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln oder beteiligt sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen, wenn dadurch seine Arbeitsfä-

higkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Erwerbsmöglichkeit geschaffen werden kann.

9. Der Versicherte hat spätestens 3 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit einen zugelassenen Arzt in seiner Praxis zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten.
10. Bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu gehen die Kosten für die Untersuchungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten sowie die Kosten für die Dossierbearbeitung zulasten des Versicherten.
11. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gemäss Art. 25 dieser AVB gehen können.
12. Wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden zurückzuführen ist oder wenn der Versicherte nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und auf den Leistungsumfang hat, entfallen die Sanktionen.

Art. 36 Änderung der versicherten Gefahr

Tritt eine wichtige Veränderung ein (z. B. Änderung der Unternehmenstätigkeit oder des versicherten Berufs) und wird dadurch eine Gefahrerhöhung herbeigeführt, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer sofort mitzuteilen.

Unterlässt er diese Mitteilung, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.

Insoweit der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht nachgekommen ist, ist die erhöhte Gefahr gedeckt. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, den Vertrag innert 14 Tagen nach Eingang der Mitteilung des Versicherungsnehmers zu kündigen. In diesem Fall erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Mitteilung der Kündigung des Versicherers.

Ein allfälliger Prämienzuschlag ist vom Eintritt der Gefahrerhöhung an geschuldet.

Art. 37 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte können ihre Forderung gegenüber dem Versicherer ohne dessen Zustimmung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 38 Maklerklausel

Beauftragt der Versicherungsnehmer einen Makler, führt dieser die Geschäftsbeziehungen mit dem Versicherer. In dem Fall gelten die Daten, welche beim Makler eintreffen, als beim Versicherungsnehmer eingegangen.

Art. 39 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführten Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, und zwar schriftlich oder über jegliches andere Mittel, das vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird und den Nachweis durch Text ermöglicht. Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer angegeben hat.

Diese Mitteilungen können schriftlich oder über jegliches andere Mittel, das den Nachweis durch Text ermöglicht, übermittelt werden.

Art. 40 Erfüllungsort

Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.

Art. 41 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers oder am schweizerischen Arbeitsort für den im Ausland wohnhaften Versicherten zur Verfügung.

Art. 42 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Ihr Versicherer, die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, hat die Bearbeitung der persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend betroffene Personen) an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel) übertragen.

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG und die Groupe Mutuel Services AG sind Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG. Sie unterstehen dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

Als persönliche Daten gelten insbesondere Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem DSG), dem zwischen der Groupe Mutuel und dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Vertrag, dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen im Sinn des DSG.

Zweckbestimmung

Die persönlichen und sensiblen Daten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die angebotenen Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmass-

nahmen umzusetzen, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffene Person möglicherweise Dritten genehmigt hat oder die unabhängig von der Groupe Mutuel durchgeführt wird. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Be-

arbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Website der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.