

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Für die Kollektiv-Unfallversicherung (Ausgabe 2013-2)

Zusatzversicherung zur Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, 1260 Nyon

Inhalt

| Allgemeine Bestimmungen | Seite |
|---|--------------|
| 1. Versicherte Personen | 2 |
| 2. Änderung im Personalbestand | 2 |
| 3. Versicherungssystem | 2 |
| Deckungsumfang | Seite |
| 4. Versicherte Unfälle | 2 |
| 5. Einschränkung der Versicherungsdeckung | 2 |
| 6. Rückfälle und Spätfolgen | 2 |
| 7. Dauer der Versicherung für jeden Versicherten | 3 |
| 8. Unbezahlter Urlaub | 3 |
| Versicherungsleistungen | Seite |
| 9. Todesfall – Leistung in Kapitalform | 3 |
| 10. Todesfall – Leistung in Rentenform | 3 |
| 11. Invaliditätsfall – Leistung in Kapitalform | 3 |
| 12. Invaliditätsfall – Leistung in Rentenform | 5 |
| 13. Dauer der Renten bis AHV-Alter | 5 |
| 14. Anpassung der Renten an die Teuerung ; Auskauf von Renten | 5 |
| 15. Taggeld | 5 |
| 16. Spitaltaggeld | 5 |
| 17. Heilungskosten und Kostenvergütungen | 5 |
| 18. Kompensation der Kürzung oder Verweigerung der UVG-Leistungen | 6 |
| 19. Berechnung der Leistungen bei Versicherung nach Lohnsystem | 6 |
| Leistungsfall | Seite |
| 20. Vorgehen im Leistungsfall | 7 |
| 21. Folgen bei unfallfremden Umständen | 7 |
| 22. Auswirkung auf Haftpflichtansprüche | 7 |
| 23. Abtretung der Ansprüche auf Leistungen | 7 |
| Beginn, Dauer und Ende der Versicherung | Seite |
| 24. Beginn der Versicherung | 8 |
| 25. Dauer des Vertrags und Kündigungsmöglichkeit | 8 |
| 26. Kündigung im Schadenfall | 8 |
| Prämie | Seite |
| 27. Prämienberechnungsgrundlagen | 8 |
| 28. Fälligkeit der Prämie, Rückerstattung und Verzug | 8 |
| 29. Prämienabrechnung | 8 |
| 30. Anpassung des Prämientarifs | 8 |
| 31. Beteiligung an Prämienüberschüssen | 9 |
| Schlussbestimmungen | Seite |
| 32. Übertritt in eine Einzelversicherung | 9 |
| 33. Wechsel des Unternehmens | 9 |
| 34. Mitteilungen | 9 |
| 35. Gerichtsstand | 9 |
| 36. Rechtsgrundlage | 9 |

GENERALI Versicherungen

Avenue Perdtemps 23
1260 Nyon 1

Tel. 058 471 01 01

Fax 058 471 01 02

E-Mail: nonlife.ch@generali.com

Internet: www.generali.ch

Wichtige Abkürzungen:

UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

VVG: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

MVG: Bundesgesetz über die Militärversicherung

AHV: Alters- und Hinterlassenenversicherung

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen

Für ein besseres Verständnis wurde in den AVB jeweils die männliche Form (z.B. der Versicherte) gewählt. Die weibliche Form (z.B. die Versicherte) ist immer mit gemeint.

Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherte Personen

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

1.2. Nur aufgrund besonderer Vereinbarung sind versichert :

- a) Versicherungsnehmer ;
- b) die mitarbeitenden Familienglieder gemäss UVG, sofern auf deren Lohn keine Beiträge der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) als Un-

selbständigerwerbende erhoben werden.

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

2. Änderung im Personalbestand

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

2.2. Ist die Versicherung ohne Namensangabe, jedoch mit jährlicher Prämienabrechnung (gemäss Art. 29) abgeschlossen, so sind Änderungen bezüglich der versicherten Personen nicht anzuzeigen, sondern lediglich in der Deklaration zur endgültigen Prämienabrechnung zu berücksichtigen.

3. Versicherungssystem

3.1. Die Versicherung ist nach dem Lohnsystem abgeschlossen. Die Versicherungssummen und Prämien berechnen sich aufgrund der Löhne (AHV-Löhne oder feste Löhne).

Deckungsumfang

4. Versicherte Unfälle

4.1. Die Versicherung erstreckt sich auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), die während der Gültigkeitsdauer der vorliegenden Zusatzversicherung eintreten (Berufs- und Nichtberufsunfälle) bzw. verursacht werden (Berufskrankheiten).

4.2. Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die im versicherten Betrieb aufgrund ihrer Arbeitsdauer durch die gesetzliche Unfallversicherung nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, besteht somit durch diese Zusatzversicherung ebenfalls nur Deckung für Berufsunfälle und Berufskrankheiten. Unfälle auf dem Arbeitsweg gelten für diese Personen als Berufsunfälle.

4.3. Im Gegensatz zu den Bestimmungen des UVG sind Unfälle im Schweizerischen Militärdienst und Zivilschutz in Friedenszeiten sowie Unfälle während Arbeitsleistungen infolge Militärdienstverweigerung mitversichert. Solche Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.

4.4. Bei Berufskrankheiten, für die der UVG-Versicherer des durch diese Police versicherten Betriebes

- a) die gesetzlichen Leistungen nur teilweise selbst erbringt, vergütet die Gesellschaft die Leistungen aus der Zusatzversicherung im Verhältnis dieser Teilleistungen zu den Gesamtleistungen gemäss UVG;
- b) keine gesetzlichen Leistungen erbringt, besteht auch kein Anspruch

auf Leistungen aus der Zusatzversicherung.

Im Übrigen sind die Berufskrankheiten den Unfällen gleichgestellt.

5. Einschränkung der Versicherungsdeckung

5.1. Die Gesellschaft verzichtet darauf, bei Unfällen, die durch Grossfahrlässigkeit oder Wagnisse herbeigeführt wurden, die Leistungen einzuschränken oder zu verweigern.

Der Umfang der Kürzung bei Unfällen, die auf das Lenken eines Motorfahrzeugs unter Alkoholeinfluss zurückgehen, entsprechen dem UVG.

Von der Versicherung ausgeschlossen sind :

5.2. Unfälle, für die gemäss UVG keine Leistungen erbracht werden;

5.3. Unfälle infolge von kriegesischen Ereignissen

a) in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein

b) im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem sich der Versicherte aufhält und dort vom Ausbruch kriegesischer Ereignisse überrascht worden ist ;

5.4. Unfälle bei inneren Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte lege glaubhaft dar, dass er nicht auf

der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war ;

5.5. Unfälle, die sich in Verbindung mit einem Delikt oder einer Straftat ereigneten (insbesondere im Fall des Lenkens eines Fahrzeugs unter Einfluss von Medikamenten, Drogen, Betäubungsmitteln und ähnlichen, nicht ärztlich verordneten Produkten), die aber nicht auf das Lenken eines Motorfahrzeugs unter Einfluss von Alkohol zurückzuführen sind.

5.6. Unfälle durch Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein ;

5.7. Gesundheitsschädigungen durch ionisierende Strahlen (Nuklearschäden), sofern der Inhaber einer Kernanlage oder einer Transportbewilligung aufgrund der Kernenergiehaftpflichtiggesetzgebung dafür einzustehen hat.

6. Rückfälle oder Spätfolgen

6.1. Bei Rückfällen oder Spätfolgen von Unfällen, die nicht versichert waren oder für welche die frühere Versicherung nicht mehr leistungspflichtig ist, bezahlt die Gesellschaft im Fall der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person Geldleistungen, die den vom Versicherungsnehmer gemäss Art. 324 Obligationenrecht (OR) geschuldeten entsprechen, sofern ein Taggeld im Sinne von Art. 15 hiernach versichert ist.

6.2. Jedoch werden keine Leistungen als Invaliditätsentschädigung oder Todesfallleistungen (Art. 9 bis 14), als Spitaltaggeld (Art. 16) oder Heilungskosten und Kostenvergütungen (Art. 17) gewährt.

7. Dauer der Versicherung für jeden Versicherten

7.1. Die Versicherung beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt. Vorbehalten bleiben Art. 2.1.

7.2. Die Versicherung erlischt mit dem Ablauf des Tages, welcher dem Antritt einer neuen Stelle vorangeht oder ab Beginn des Anspruches auf eine Arbeitslosenentschädigung spätestens aber mit dem 31. Tag nach dem Tage, an dem der Anspruch auf

mindestens den halben Lohn aufhört. Wenn ausländische Staatsangehörige aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer ausscheiden und die Schweiz verlassen, endet die Versicherung spätestens 48 Stunden nach Verlassen der Schweiz. Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, die nur für Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, erlischt die Versicherung am letzten Arbeitstag.

7.3. Für Versicherte, die in Verletzung des Arbeitsvertrages die Arbeit nicht antreten oder unterbrechen, ruht die

Versicherung bis zum Arbeitsantritt oder zur Wiederaufnahme der Arbeit.

8. Unbezahlter Urlaub

8.1. Ist die Deckung für Heilungskosten und Kostenvergütungen (Art. 17) im Vertrag enthalten, gewährt die Gesellschaft dem Versicherten, der einen unbezahlten Urlaub bezieht, die in Art. 17 vorgesehenen Leistungen, vorausgesetzt, dieser verfügt über eine Abredeversicherung im Sinne des UVG und sein Arbeitsvertrag besteht nach Ablauf des unbezahlten Urlaubs weiter.

Versicherungsleistungen

Die Leistungen im Falle von Tod und Invalidität können entweder in Form von Kapital oder Renten versichert werden.

9. Todesfall – Leistung in Kapitalform

9.1. Stirbt der Versicherte an den Folgen eines Unfalles oder einer Berufskrankheit, so zahlt die Gesellschaft die als Todesfallkapital versicherte Summe an die unter Buchstaben a) bis c) aufgeführten, nacheinander bezugsberechtigten Personen, unter Ausschluss der jeweils folgenden Kategorien :

a) an den hinterbliebenen Ehegatten und die Kinder je zur Hälfte, bei Fehlen eines der Kinder im Umfang dessen Anteils an seine Nachkommen. Sind keine Kinder vorhanden, so fällt das ganze Todesfallkapital dem Ehegatten zu und umgekehrt. Der geschiedene Ehegatte hat jedoch keinen Anspruch auf ein Kapital im Todesfall;

b) an die Eltern zu gleichen Teilen;

c) an die Geschwister zu gleichen Teilen, bei Fehlen eines der Geschwister im Umfang dessen Anteils an seine Nachkommen.

9.2. Die eingetragene Partnerschaft wird während ihrer gesamten Dauer der Ehe gleichgestellt. Der überlebende eingetragene Partner wird einem Witwer gleichgestellt. Die gerichtliche Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft wird einer Scheidung gleichgestellt..

9.3. Stief- und Pflegekinder sind den leiblichen Kindern gleichgestellt. Als Pflegekinder gelten solche, die zur Zeit des Unfalles unentgeltlich zu

dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen waren.

9.4. Ist der Versicherte noch nicht 16 Jahre alt, so beträgt die Todesfallleistung höchstens CHF 20'000.—.

9.5. Sind keine der unter Art. 9.1. genannten Hinterbliebenen vorhanden, so werden nur die Bestattungskosten, soweit sie nicht von einem Versicherer oder einem haftpflichtigen Dritten bezahlt worden sind, bis zu 10% der Todesfallsumme vergütet.

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

9.7. Versicherung des Lohnausfalls im Todesfall gemäss Art. 338 Abs. 2 OR

Verstirbt der Versicherte an den Unfallfolgen, übernimmt die Gesellschaft die den Überlebenden im Sinne von Art. 338 Abs. 2 Obligationenrecht (OR) zustehenden Lohnzahlungen. Diese Leistung wird dem Versicherungsnehmer überwiesen.

Sie wird jedoch nur dann gewährt, wenn ein Versicherungsschutz im Todesfall (Art. 9 oder 10) besteht und/oder eine Taggeldversicherung (Art. 16) im Vertrag enthalten ist.

10. Todesfall – Leistung in Rentenform

10.1. Stirbt der Versicherte an den Folgen eines Unfalles oder einer Berufskrankheit, so zahlt die Gesellschaft, nach den Grundsätzen des UVG, die für den das UVG-Maximum übersteigenden Lohn berechnete Hinterlassenenrente. Der geschiedene Ehegatte hat jedoch keinen Anspruch auf eine Hinterlassenenrente und die Bestim-

mungen über die Komplementärrente gelangen nicht zur Anwendung.

11. Invaliditätsfall – Leistung in Kapitalform

11.1. Im Fall einer bleibenden, definitiven Invalidität zahlt die Gesellschaft ein durch den Invaliditätsgrad und die vereinbarte Versicherungssumme sowie die gewählte Leistungsvariante bestimmtes Invaliditätskapital aus. Dabei ist es unerheblich, ob der Unfall einen Erwerbsausfall zur Folge hat oder nicht.

Invaliditätsgrad

Es sind nachstehende Grundsätze verbindlich :

| | |
|---|-----|
| Verlust eines Gliedes des Daumens oder von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers | 5% |
| Verlust eines Daumens | 20% |
| Verlust einer Hand | 40% |
| Verlust eines Arms bis zum Ellbogengelenk oder oberhalb desselben | 50% |
| Verlust einer Grosszehe | 5% |
| Verlust eines Fusses | 30% |
| Verlust eines Beines bis zum Kniegelenk | 40% |
| Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks | 50% |
| Verlust einer Ohrmuschel | 10% |
| Verlust der Nase | 30% |
| Skalpierung | 30% |
| Sehr schwere Entstellung im Gesicht | 50% |
| Verlust einer Niere | 20% |
| Verlust der Milz | 10% |

| | |
|---|------|
| Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit | 40% |
| Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes | 15% |
| Verlust des Gehörs auf einem Ohr | 15% |
| Verlust des Sehvermögens auf einer Seite | 30% |
| Vollständige Taubheit | 85% |
| Vollständige Blindheit | 100% |
| Habituelle Schulterluxation | 10% |
| Schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit | 25% |
| Sehr starke schmerzhaftes Funktionseinschränkung der Wirbelsäule | 50% |
| Paraplegie | 90% |
| Tetraplegie | 100% |
| Sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion | 80% |
| Sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion | 80% |
| Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit | 20% |
| Posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle | 30% |
| Sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychisches Syndrom | 80% |

Anwendbar sind im weiteren die Grundsätze des UVG betreffend die Bemessung der Integritätsentschädigung.

11.2. Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad angenommen. Keine Leistungen werden ausgerichtet, wenn sich ein Invaliditätsgrad von weniger als 5% ergibt.

11.3. Werden gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, so erfolgt die Ermittlung des Invaliditätsgrades, welcher aber höchstens 100% betragen kann, durch Addition der einzelnen Prozentsätze.

11.4. Waren durch den Unfall betroffene Körperteile schon vorher teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

11.5. Steigendes Invaliditätskapital
Ausgabe 2013-2

Auf Grund einer besonderen Vereinbarung kann die Versicherung mit steigender Invaliditätsskala abgeschlossen werden. Je nach gewählter Variante erhöht sich in diesem Fall eine Invalidität von mehr als 25% gemäss nachstehender Skala:

| Invaliditätsgrad | Kapitalvariante | | |
|------------------|-----------------|-----|-----|
| | A % | B % | C % |
| 26 | 26 | 27 | 28 |
| 27 | 27 | 29 | 31 |
| 28 | 28 | 31 | 34 |
| 29 | 29 | 33 | 37 |
| 30 | 30 | 35 | 40 |
| 31 | 31 | 37 | 43 |
| 32 | 32 | 39 | 46 |
| 33 | 33 | 41 | 49 |
| 34 | 34 | 43 | 52 |
| 35 | 35 | 45 | 55 |
| 36 | 36 | 47 | 58 |
| 37 | 37 | 49 | 61 |
| 38 | 38 | 51 | 64 |
| 39 | 39 | 53 | 67 |
| 40 | 40 | 55 | 70 |
| 41 | 41 | 57 | 73 |
| 42 | 42 | 59 | 76 |
| 43 | 43 | 61 | 79 |
| 44 | 44 | 63 | 82 |
| 45 | 45 | 65 | 85 |
| 46 | 46 | 67 | 88 |
| 47 | 47 | 69 | 91 |
| 48 | 48 | 71 | 94 |
| 49 | 49 | 73 | 97 |
| 50 | 50 | 75 | 100 |
| 51 | 51 | 78 | 105 |
| 52 | 52 | 81 | 110 |
| 53 | 53 | 84 | 115 |
| 54 | 54 | 87 | 120 |
| 55 | 55 | 90 | 125 |
| 56 | 56 | 93 | 130 |
| 57 | 57 | 96 | 135 |
| 58 | 58 | 99 | 140 |
| 59 | 59 | 102 | 145 |
| 60 | 60 | 105 | 150 |
| 61 | 61 | 108 | 155 |
| 62 | 62 | 111 | 160 |
| 63 | 63 | 114 | 165 |
| 64 | 64 | 117 | 170 |
| 65 | 65 | 120 | 175 |
| 66 | 66 | 123 | 180 |
| 67 | 67 | 126 | 185 |
| 68 | 68 | 129 | 190 |
| 69 | 69 | 132 | 195 |
| 70 | 70 | 135 | 200 |
| 71 | 71 | 138 | 205 |
| 72 | 72 | 141 | 210 |
| 73 | 73 | 144 | 215 |
| 74 | 74 | 147 | 220 |
| 75 | 75 | 150 | 225 |
| 76 | 76 | 153 | 230 |
| 77 | 77 | 156 | 235 |
| 78 | 78 | 159 | 240 |

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 79 | 79 | 162 | 245 |
| 80 | 80 | 165 | 250 |
| 81 | 81 | 168 | 255 |
| 82 | 82 | 171 | 260 |
| 83 | 83 | 174 | 265 |
| 84 | 84 | 177 | 270 |
| 85 | 85 | 180 | 275 |
| 86 | 86 | 183 | 280 |
| 87 | 87 | 186 | 285 |
| 88 | 88 | 189 | 290 |
| 89 | 89 | 192 | 295 |
| 90 | 90 | 195 | 300 |
| 91 | 91 | 198 | 305 |
| 92 | 92 | 201 | 310 |
| 93 | 93 | 204 | 315 |
| 94 | 94 | 207 | 320 |
| 95 | 95 | 210 | 325 |
| 96 | 96 | 213 | 330 |
| 97 | 97 | 216 | 335 |
| 98 | 98 | 219 | 340 |
| 99 | 99 | 222 | 345 |
| 100 | 100 | 225 | 350 |

11.6. Ästhetische Schäden

Wenn ein Unfall schwere und bleibende Entstellungen verursacht (z.B. Narben), für die kein Anspruch auf Invaliditätskapital besteht, gewährt die Gesellschaft 10% der Versicherungssumme für Invalidität gemäss Art. 19.2. bei Entstellungen des Gesichts und 5% der Versicherungssumme für Invalidität bei Entstellungen anderer Körperteile, jedoch höchstens CHF 20'000.— pro Unfall.

11.7. Umschulungskosten

Wenn als Folge eines Unfalles eine Umschulung für eine versicherte Person, die eine Berufstätigkeit ausübte, erforderlich ist, übernimmt die Gesellschaft die diesbezüglichen Kosten, höchstens jedoch 10% der Versicherungssumme gemäss Art. 19.2. Die Umschulungskosten können mit dem Anspruch auf ein Invaliditätskapital gemäss Art. 11 kumuliert werden. Die Kosten werden jedoch zurückerstattet, wenn sie nicht durch eine Sozialversicherung übernommen werden.

11.8. Rentenzahlung

Die Gesellschaft zahlt anstelle des Invaliditätskapitals eine lebenslängliche Rente, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles das AHV-Rentalter erreicht hat. Die jährliche Rente pro CHF 1'000.— Invaliditätskapital beträgt CHF 93.— und wird vierteljährlich zum voraus bezahlt.

11.9. Die Kapitalleistung wird fällig, sobald von der Fortführung der ärztlichen Behandlung keine merkliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu erwarten ist. Die Gesellschaft hat das

Recht, die Auszahlung des Kapitals aufzuschieben, bis der Versicherer nach UVG oder die IV einen Entscheid betreffend Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung gefällt haben.

12. Invaliditätsfall – Leistung in Rentenform

12.1. Im Fall einer bleibenden, definitiven Invalidität zahlt die Gesellschaft nach den Grundsätzen des UVG die vereinbarte, in % ausgedrückte und auf dem das UVG-Lohnmaximum übersteigenden Teil des Lohnes berechnete Rente. Die Bestimmungen des UVG betreffend die Komplementärrente kommen nicht zur Anwendung.

13. Dauer der Renten bis AHV-Alter

13.1. Der Anspruch auf die Witwen- bzw. Witwerrente und der Invalidenrente erlischt spätestens am Ende jenes Monats, an dem der Anspruchsberechtigte ins AHV-Rentenalter eintritt.

14. Anpassung der Renten an die Teuerung; Auskauf von Renten

14.1. Die Renten werden gemäss den für die obligatorische UVG-Versicherung 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.

14.2. Es gelten die Bestimmungen des UVG bei Auskauf von Renten; die Gesellschaft kauft jedoch Invaliden- und Hinterlassenenrenten immer aus, wenn der Monatsbetrag geringer ist als CHF 200.—.

15. Taggeld

15.1. Bei ärztlich festgestellter, vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Gesellschaft für jeden Kalendertag das vereinbarte Taggeld, sofern der Versicherte Anspruch auf ein Taggeld gemäss UVG, IVG oder MVG hat.

15.2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld um einen dem Grad der Arbeitsfähigkeit entsprechenden Betrag gekürzt.

15.3. Der Taggeldanspruch erlischt, sobald eine Invalidität gemäss Art. 11.1. festgesetzt werden kann.

15.4. Für den Unfalltag wird keine Leistung erbracht. Eine vereinbarte Wartefrist beginnt am Tage nach dem Unfall zu laufen. Bei der Ermittlung der Wartefrist werden Tage mit voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet.

15.5. Sofern der Versicherte ebenfalls Anspruch auf Leistungen nach MVG, der IVG oder gleichgestellter ausländischer Institutionen hat oder ein haftpflichtiger Dritter oder sein Versicherer bereits Ersatz für Erwerbsausfall geleistet haben, bezahlt die Gesellschaft bei der Versicherung nach Lohnsystem nur den noch verbleibenden Lohnausfall, höchstens aber die durch diesen Vertrag versicherten Leistungen. Wird die Gesellschaft anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist der Versicherte verpflichtet, ihr seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag ihrer Aufwendungen abzutreten.

15.6. Bestehen für das Taggeld mehrere Versicherungen nach Lohnsystem bei konzessionierten Gesellschaften, so wird der Lohnausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche die Gesellschaft erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

16. Spitaltaggeld

16.1. Für die Zeit eines notwendigen Spitalaufenthaltes oder bei ärztlich verordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung der Gesellschaft durchgeführt werden, höchstens jedoch solange Pflegeleistungen aus dem UVG oder aus der MV ausgerichtet werden, bezahlt die Gesellschaft das vereinbarte Spitaltaggeld. Im Rahmen dieser Versicherung gilt als Spital, die als Leistungserbringer gemäss UVG zugelassene Heilanstalt.

16.2. Bei ärztlich verordnetem Erholungsaufenthalt nach einem Spitalaufenthalt zahlt die Gesellschaft das vereinbarte Spitaltaggeld ebenfalls, im Maximum während 4 Wochen.

16.3. Wenn der Beizug von Fachpersonal einer nach KVG zugelassenen Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause den Aufenthalt in einem Spital abkürzt oder unnötig macht, so vergütet die Gesellschaft das vereinbarte Spitaltaggeld, und zwar solange ein Anspruch auf das Taggeld gemäss UVG, MVG oder IVG besteht.

16.4. Das vereinbarte Spitaltaggeld wird verdoppelt :

a) für Unfälle, die sich im Ausland ereignen und dort einen Spitalaufenthalt notwendig machen und/oder

b) solange sich die versicherte Person infolge des gleichen Unfallereignisses zusammen mit seinem Ehegatten in Spitalbehandlung befindet. Es ist dabei unerheblich, ob der Ehegatte durch diese Police mitversichert ist.

17. Heilungskosten und Kostenvergütungen

17.1. Solange aus dem UVG oder der MVG Pflegeleistungen und Kostenvergütungen erbracht werden, übernimmt die Gesellschaft die nachstehenden Kosten insoweit, als sie die gesetzlichen Leistungen übersteigen (Zusatzversicherung) :

a) Behandlungskosten

die notwendigen Auslagen für Heilungsmassnahmen, die durch Medizinalpersonen durchgeführt oder angeordnet werden, sowie die Spalkkosten (private Abteilung) und die Aufwendungen für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung bei ärztlich verordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung der Gesellschaft durchgeführt werden ;

b) Hauspflege

Während der Dauer der Heilungsmassnahmen gemäss Buchstabe a) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch Fachpersonal einer nach KVG zugelassenen Organisation durchgeführt wird. Ebenfalls versichert sind die Kosten für die Miete von Hilfsmitteln ;

c) Haushaltshilfe

bei Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% und wenn die versicherte Person, auf ärztliche Anordnung hin, für die Verrichtung der täglich anfallenden Haushalt- und Gartenarbeiten auf eine Haushaltshilfe angewiesen ist, kommt die Gesellschaft für die gerechtfertigten Kosten für diese Haushaltshilfe auf. Wird diese Haushaltshilfe durch eine KVG- oder UVG- anerkannte Organisation zur Verfügung gestellt, bezahlt die Gesellschaft höchstens CHF 60.— pro Tag, und wenn die Dienstleistung durch eine Person erbracht wird, die nicht zu einer anerkannten Organisation gehört, bezahlt die Gesellschaft höchstens CHF 30.— pro Tag. Eine Entschädigung des Ehepartners oder der mit der verunfallten Person in Hausgemeinschaft lebenden Personen ist ausgeschlossen. Die Versicherungs-

deckung ist auf CHF 3'000.— pro Ereignis beschränkt ;

d) Hilfsmittel

die Kosten für Hilfsmittel, wie namentlich alle provisorischen sowie die erste definitive Prothese, erstmalige Anschaffung von Krücken, Stützen, Hörapparaten, Brillen normaler Ausführung oder Kontaktlinsen sowie für deren Reparatur oder Ersatz (Neuwert), wenn sie anlässlich eines versicherten Ereignisses beschädigt oder zerstört wurden;

e) Sachschäden

sofern die Körperverletzung der ärztlichen Behandlung bedarf, die Kosten für Reinigung, Reparatur oder Ersatz zum Neuwert von Kleidungsstücken oder anderer persönlicher Gegenstände in seinem Besitz, die bei einem versicherten Unfall erstattet werden, sowie die Reinigung des Fahrzeugs oder anderer Gegenstände im Besitz von Privatpersonen, die sich mit der Rettung und dem Transport des Verletzten befassten. Die Leistungen der Gesellschaft beschränken sich auf CHF 50'000.— pro Ereignis ;

f) Alternativmedizin

die Kosten für durch einen von der Gesellschaft anerkannten Naturheilpraktiker oder einen in der Schweiz diplomierten FMH-Arzt durchgeführte Alternativtherapien. Die Gesellschaft bezahlt höchstens CHF 70.— pro Sitzung. Die Versicherungsdeckung ist auf 20 Sitzungen pro Unfall beschränkt ;

g) Persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt

auf Vorweisung von Belegen, die Kosten für die Privatabteilung, die der versicherten Person durch das Spital fakturiert wurden (Fernsehmiete, Privattelefon usw.). Die Versicherungsdeckung ist auf CHF 500.— pro Unfall beschränkt ;

h) Transportkosten

die Kosten für die durch den Unfall bedingten Transporte des Versicherten, soweit sie mit Behandlungsmassnahmen in Zusammenhang stehen (zum Beispiel zum nächsten Arzt, Spital, Überführungen in eine anderes Spital, Fahrten zu verordneten Therapien und Untersuchungen). Transporte mit Luftfahrzeugen werden nur übernommen, sofern sie aus medizinischen Gründen notwendig sind.

Transporte mit Fahrzeugen, die nicht dem öffentlichen Verkehr dienen (z.B. Taxis, Privatfahrzeuge), werden nur bezahlt, wenn dem Versicherten die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel

(Bahn, Tram, Autobus usw.) nicht zugemutet werden kann;

i) Such- und Rettungsaktionen

die Aufwendungen für :

- Such- und Rettungsaktionen zugunsten des Versicherten
- Aktionen zur Bergung der Leiche, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalles oder von Erschöpfung ist.

Diese Leistungen sind auf CHF 50'000.— pro Fall begrenzt.

Im weiteren ersetzt die Gesellschaft den aus dem UVG oder MVG geschuldeten Beitrag des Versicherten an die Unterhaltskosten bei einem Aufenthalt in einer Heilanstalt.

17.2. Auf Wunsch des Versicherten leistet die Gesellschaft Kostengutsprache. Diese wird abgegeben, sobald die Leistungspflicht der Gesellschaft feststeht.

17.3. Soweit die Heilungskosten von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer bezahlt worden sind, entfällt eine Vergütung aufgrund dieses Vertrages. Wird die Gesellschaft anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist der Versicherte verpflichtet, ihr seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag ihrer Aufwendungen abzutreten.

17.4. Bestehen für den Teil der Heilungskosten, der die gesetzlichen Leistungen übersteigt, mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so wird dieser Teil gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche die Gesellschaft erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

17.5. Als Medizinalpersonen und Heilanstalt im Rahmen dieser Versicherung gelten Personen und Institutionen, die als Leistungserbringer gemäss UVG zugelassen sind.

18. Kompensation der Kürzung oder Verweigerung der UVG-Leistungen

18.1. Ist diese Deckung Bestandteil der Police, übernimmt die Gesellschaft die durch den UVG-Versicherer unterschiedene Leistungskürzung und -verweigerung bei Unfällen, die durch Grossfahrlässigkeit oder bei Tatbeständen von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen herbeigeführt wurden. Diese Bestimmungen findet keine Anwendung, wenn der Versicherte den Unfall bei der Bege-

hung eines Verbrechens oder absichtlich herbeigeführt hat.

18.2. Die Verkehrsunfälle, die auf das Lenken eines Motorfahrzeugs unter Alkoholeinfluss zurückzuführen sind, werden ausnahmsweise entsprechend der vorherigen Bestimmung übernommen, wobei der Alkoholwert im Blut unter 1,5 Promille liegen muss.

18.3. Falls Leistungen in Form von Renten geschuldet werden, behält sich der Versicherer das Recht vor, diese zu einem beliebigen Zeitpunkt zu ihrem aktuellen Wert zu kaufen. Die Ansprüche der versicherten Person in Verbindung mit dem Unfall verfallen somit vollumfänglich.

18.4. Für die Rentenleistungen werden keine Teuerungszulagen gewährt.

19. Berechnung der Leistungen bei Versicherung nach Lohnsystem

19.1. Bei der Berechnung der Versicherungssummen wird auf das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen zuzüglich Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungszulagen- oder Haushaltzuschläge gewährt werden, abgestellt. Löhne oder Lohnanteile, auf denen wegen des Alters des Versicherten keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.

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

Im Maximum wird pro Person eine AHV-Jahreslohnsumme von CHF 300'000.— berücksichtigt.

19.2. Tod und Invalidität

Als Grundlage für die Leistungen bei Tod und Invalidität gilt der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall im deklarierten Betrieb bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Dauerte das Arbeitsverhältnis nicht das ganze Jahr, so wird der in dieser Zeit bezogene Lohn auf ein volles Jahr umgerechnet. Bei einem Versicherten, der eine Saisonbeschäftigung ausübt, ist die Umrechnung auf die normale Dauer dieser Beschäftigung beschränkt. Hat der Versicherte im Jahre vor dem Unfall wegen Militär oder Zivilschutzdienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit einen verminderten Lohn bezogen, so wird der ver-

sicherte Verdienst nach dem Lohn festgesetzt, den der Versicherte ohne Militär oder Zivilschutzdienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit erzielt hätte.

19.3. Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit und Spitaltaggeld

Die Berechnung des Taggeldes bei Arbeitsunfähigkeit und des Spitaltaggeldes erfolgt aufgrund des Lohnes, den der Versicherte vor dem Unfall im deklarierten Betrieb bezogen hat, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechts-

anspruch besteht.

Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. In den nachstehenden Sonderfällen wird der für das Taggeld massgebende Lohn gemäss folgender Bestimmungen bemessen :

a) Bezieht der Versicherte wegen Militär oder Zivilschutzdienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft oder Kurzarbeit keinen oder einen verminderten Lohn, so wird der Verdienst berücksichtigt, den er ohne Militär- oder Zivilschutzdienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft oder Kurzarbeit erzielt hätte;

b) übt der Versicherte keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus oder unterliegt sein Lohn starken Schwankungen, so wird auf einen angemessenen Durchschnittslohn pro Tag abgestellt ;

c) für einen Versicherten, der während einer Saisonbeschäftigung eine Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall erleidet, gilt der Buchstabe a) oben. Ereignet sich der Unfall in der Zeit, in der er nicht erwerbstätig ist, so wird der im vorangegangenen Jahr tatsächlich erzielte Lohn durch 365 geteilt.

Leistungsfall

20. Vorgehen im Leistungsfall

20.1. Ist ein Unfall eingetreten, so ist dieser der Gesellschaft unverzüglich zu melden. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies dem Sitz der Gesellschaft innert 24 Stunden telefonisch oder per Telefax anzuzeigen. Geschieht dies nicht rechtzeitig genug, um gegebenenfalls die Sektion vor der Bestattung anzuordnen, so ist die Gesellschaft zu keiner Leistung verpflichtet. Das gleiche gilt, falls sich die Anspruchsberechtigten der Sektion eines tödlich Verunfallten widersetzen. Eine verspätete Meldung bleibt indessen ohne Folgen, wenn sie den Umständen nach unvermeidbar war.

20.2. Nach dem Unfall muss der Verunfallte sobald als möglich einen Arzt oder, je nach Art der Schädigung, einen Zahnarzt beiziehen und für sachgemässe Pflege sorgen. Ferner hat der Versicherte bzw. Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Unfalles und seiner Folgen dienen kann; der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von

der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft zu entbinden und die Untersuchung durch die von der Gesellschaft beauftragten Ärzte zu gestatten.

20.3. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Gesellschaft befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei bedingungs-gemäsem Verhalten vermindert hätte, es sei denn, der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte weise nach, dass die Vertragsverletzung unverschuldet war oder auf den Leistungsfall bzw. die Rechte und Pflichten der Gesellschaft keinen Einfluss ausgeübt hat.

21. Folgen bei unfallfremden Umständen

21.1. Wenn Krankheiten, Krankheitszustände oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben oder unabhängig von ihm nach seinem Eintritt entstehen, auf die Unfallfolgen nachteilig einwirken, so werden die Leistungen der Gesellschaft für den Todes- und Invaliditätsfall nach sach-

verständigem Ermessen in einem dem Anteil der unfallfremden Faktoren entsprechenden Masse gekürzt. Keine Kürzung erfolgt hingegen bei Heilungskosten und Kostenvergütungen sowie bei Taggeld und Spitaltaggeld.

22. Auswirkung auf Haftpflichtansprüche

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

23. Abtretung der Ansprüche auf Leistungen

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

Beginn, Dauer und Ende der Versicherung

24. Beginn der Versicherung

24.1. Die Versicherung beginnt mit der Einlösung der Police durch Zahlung der Prämie, sofern nicht auf einen früheren Zeitpunkt Deckungszusage abgegeben, die Police ausgehändigt oder in der Police ein späterer Beginn festgelegt worden ist. Ist die Deckungszusage nur eine vorläufige, so verbleibt der Gesellschaft das Recht, die endgültige Übernahme der beantragten Versicherung abzulehnen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung 3 Tage nach Eintreffen der Ablehnungserklärung beim Versicherungsnehmer. Die Teilprämie bis zum Erlöschen der Versicherung bleibt der Gesellschaft geschuldet.

Beantragt der Versicherungsnehmer eine Ausdehnung der Versicherung, so findet vorstehender Absatz für das neu

hinzukommende Risiko sinngemäss Anwendung.

25. Dauer des Vertrags und Kündigungsmöglichkeit

25.1. Ist der Vertrag auf 1 Jahr oder eine längere Dauer abgeschlossen, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist der Gesellschaft bzw. dem Versicherungsnehmer zugekommen ist.

26. Kündigung im Schadenfall

26.1. Nach jedem Unfall, für den eine Leistung geschuldet wird, kann die Gesellschaft spätestens bei Auszah-

lung der Entschädigung und der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage nach Kenntnis der Entschädigung künden.

26.2. Kündigt die Gesellschaft, so erlischt der Vertrag 14 Tage nachdem Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer; die Prämien werden anteilig zurückerstattet.

26.3. Wird der Vertrag durch den Versicherungsnehmer gekündigt, so erlischt die Versicherungsdeckung 14 Tage nachdem dem Versicherer die Kündigung mitgeteilt wurde. Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewährt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.

Prämie

27. Prämienberechnungsgrundlagen

27.1. Beim Lohnsystem bildet die Lohnsumme der versicherten Personen gemäss Art. 19, jedoch ohne Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltzulagen gewährt werden, die Prämienberechnungsgrundlage.

28. Fälligkeit der Prämie, Rückerstattung und Verzug

28.1. Die Prämien sind für jede Versicherungsperiode zum Voraus an der im Versicherungsvertrag festgesetzten Fälligkeit zahlbar.

28.2. Wenn die Prämie für eine bestimmte Periode im Voraus bezahlt wurde und der Versicherungsvertrag vorzeitig aufgelöst wird, so wird die nicht geschuldete Prämie mit der Prämienabrechnung gemäss Art. 29 verrechnet.

Dem Versicherer verbleibt auf jeden Fall der Anspruch auf die gesamte Prämie für die laufende Versicherungsperiode, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.

28.3. Wird die Prämie nicht fristgerecht bezahlt, fordert die Gesellschaft den Prämienschuldner unter Angabe der Säumnisfolgen auf, die ausstehende Ausgabe 2013-2

Prämie innert einer bestimmten Frist zu entrichten. Wird die Prämie während dieser Mahnfrist nicht bezahlt, ruht die Leistungspflicht der Gesellschaft.

29. Prämienabrechnung

29.1. Beruht die Berechnung der Prämie auf veränderlichen Elementen (AHV-Löhne, Anzahl Personen usw.), hat der Versicherungsnehmer zu Beginn jedes Versicherungsjahres die in Rechnung gestellte provisorische Vorausprämie zu entrichten.

Die definitive Prämie wird am Ende jedes Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages auf Grund des versicherten Jahreslohnes im Sinne von Art. 19.1. ermittelt. Für deren Berechnung stellt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer das erforderliche Formular zu, welches mit den verlangten Angaben versehen innert 30 Tagen nach Erhalt zurückzusenden ist. Eine Nach- oder Rückprämie wird bei Zustellung der Prämienrechnung fällig. Ergibt sich ein Saldo von weniger als CHF 20.—, so wird auf eine Abrechnung verzichtet.

29.2. Reicht der Versicherungsnehmer dieses Formular nicht ein, so setzt ihm die Gesellschaft eine Nachfrist von 30 Tagen. Trifft es nicht innert der gesetzten Nachfrist ein, ruht die Leistungspflicht der Gesellschaft bis zum Eintreffen der verlangten Angaben.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, die Prämienabrechnung aufgrund einer Einschätzung vorzunehmen. Die Leistungspflicht lebt wieder auf, wenn die eingeschätzte Prämie bezahlt wird.

29.3. Die Gesellschaft kann die Richtigkeit der Angaben des Versicherungsnehmers oder ihre Einschätzung jederzeit nachprüfen und Einsicht in die Bücher und Belege des Versicherungsnehmers nehmen. Verweigert der Versicherungsnehmer diese Nachprüfung oder macht er vorsätzlich unrichtige Angaben, ist die Gesellschaft von diesem Zeitpunkt an nicht mehr an den Versicherungsvertrag gebunden.

30. Anpassung des Prämientarifs

30.1. Ändern die Tarifprämien für eine oder mehrere versicherte Leistungen (Art. 9 bis 18), so kann die Gesellschaft die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekanntzugeben.

30.2. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag als Ganzes oder nur in Bezug auf einzelne Leistungen auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versi-

cherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen.

30.3. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

31. Beteiligung an Prämienüberschüssen

31.1. Wurde eine Beteiligung an Prämienüberschüssen vereinbart, hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf einen Teil des durch seinen Versicherungsvertrag realisierten Über-

schusses. Die Abrechnung erfolgt nach Ablauf des vereinbarten Zeitraums.

31.2. Der Überschuss wird bestimmt, indem vom berücksichtigten und in der Police genannten Prämienanteil der Betrag der für gedeckte Versicherungsfälle im Lauf der Abrechnungsperiode ausbezahlten Leistungen abgezogen wird. Der Versicherungsnehmer ist am Überschuss im Umfang des in der Police definierten Prozentsatzes beteiligt.

31.3. Die Abrechnung wird ab dem Zeitpunkt erstellt, zu dem die Prämien der Abrechnungsperiode eingegangen sind und die entsprechenden Versicherungsfälle abgewickelt wurden. Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die nachfolgende Abrechnungsperiode übertragen.

31.4. Das Recht auf eine Beteiligung an den Prämienüberschüssen erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgelöst wird.

Schlussbestimmungen

32. Übertritt in eine Einzelversicherung

32.1. Im Fall der Auflösung des Arbeitsvertrags mit dem Versicherungsnehmer oder der Annullierung der Police können Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein bzw. in der Grenzzone (im Umkreis von 50 km Luftlinie von der Schweizer Grenze) wohnhafte Personen die Weiterführung des Versicherungsschutzes auf Einzelbasis beantragen.

32.2. Der Versicherte muss innerhalb von 90 Tagen nach dem Austritt aus dem Kollektivvertrag sein Übertrittsrecht geltend machen, andernfalls erlischt es.

32.3. Die Weiterführung der Versicherung erfolgt auf der Basis der Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung, die zum Zeitpunkt des Übertritts in diese gelten. Massgebend sind der Gesundheitszustand und das Alter zum Zeitpunkt des Eintritts in die Kollektivversicherung.

33. Wechsel des Unternehmens

33.1. Verlegt der Versicherungsnehmer das Betriebsdomizil oder übernimmt er anstelle des bisherigen Betriebes einen anderen Betrieb, so ist dies ohne Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung. Der Versicherungsnehmer ist jedoch verpflichtet, der Gesellschaft zwecks Anpassung der Versicherung an die neuen Verhältnisse den Wechsel unverzüglich mitzuteilen.

34. Mitteilungen

34.1. Alle Mitteilungen an die Gesellschaft können rechtsverbindlich nur an die Direktion der Gesellschaft in Nyon oder an die in der Police bezeichnete Geschäftsstelle erfolgen.

Ausgabe 2013-2

34.2. Alle Mitteilungen der Gesellschaft können rechtsgültig an die ihr zuletzt bekanntgegebene schweizerische Adresse des Versicherungsnehmers oder der Anspruchsberechtigten erfolgen.

35. Gerichtsstand

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

36. Rechtsgrundlage

36.1. Für alle Sachverhalte, die nicht durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.