

Ausgabe 2002/2007

Einzel-Unfallversicherung und Kinder-Unfallversicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)



Inhaltsverzeichnis

Umfang des Versicherungsschutzes

- 1 Gegenstand der Versicherung
- 2 Unfallbegriff
- 3 Nicht versicherte Unfälle
- 4 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsleistungen

- 5 Todesfall
- 6 Invalidität
- 7 Taggeld
- 8 Spitaltaggeld
- 9 Heilungskosten
- 10 Unfallfremde Umstände
- 11 Kürzung von Versicherungsleistungen

Schadenfall

- 12 Obliegenheiten im Schadenfall
- 13 Ärztliche Behandlung, Auskunfterteilung
- 14 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten

Allgemeine Bestimmungen

- 15 Beginn und Ende der Versicherung;
provisorische Deckung
- 16 Vertragsdauer
- 17 Kündigung im Schadenfall
- 18 Fälligkeit der Prämien
- 19 Änderung der Prämien oder Selbstbehalte
- 20 Anspruch auf Rückerstattung der Prämie
- 21 Prämienbefreiung in der Kinderunfallversicherung

Schlussbestimmungen

- 22 Mitteilungen und Informationspflicht
- 23 Gerichtsstand
- 24 Rechtsgrundlage

Wo im Folgenden – aus Gründen der leichteren Lesbarkeit – nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die entsprechenden weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.

Versicherungsträgerin der Einzel-Unfallversicherung und Kinder-Unfallversicherung ist die Helsana Unfall AG (nachfolgend «der Versicherer» genannt).



Umfang des Versicherungsschutzes

1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen während der Vertragsdauer.

2 Unfallbegriff

- 2.1 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
- 2.2 Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
- Knochenbrüche
 - Verrenkungen von Gelenken
 - Meniskusrisse
 - Muskelrisse
 - Muskelzerrungen
 - Sehnenrisse
 - Bandläsionen
 - Trommelfellverletzungen
- 2.3 Keine Körperschädigung im Sinne von Ziff. 2.2 stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

3 Nicht versicherte Unfälle

Keinen Anspruch auf die versicherten Leistungen geben:

- Folgen von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen im Ausland, es sei denn, die Gesundheitsschädigung werde innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land verursacht, in welchem der Versicherte vom Ausbruch kriegerischer Ereignisse überrascht wurde;
- Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- kosmetische Behandlungen, sofern sie nicht durch ein versichertes Ereignis bedingt sind;
- Unfälle bei der Teilnahme an Motorfahrzeugrennen, einschliesslich Trainingsfahrten auf der Rennstrecke;
- Unfälle infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten und dem Versuch dazu. Diese Bestimmung gilt nicht für die Todesfallkapital-Versicherung;
- Gesundheitsschäden durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art;
- Selbsttötung, Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu. Ausnahme: Deckung besteht jedoch, wenn die versicherte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalles waren.

4 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Verlegt die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland (Ausnahme Fürstentum Liechtenstein), so erlischt die Versicherung mit Ablauf des betreffenden Versicherungsjahres.

Versicherungsleistungen

5 Todesfall

- 5.1 Stirbt die versicherte Person innert 5 Jahren vom Unfalltag an gerechnet an den Folgen eines versicherten Unfalls, so bezahlt der Versicherer das für den Todesfall versicherte Kapital an den vom Versicherungsnehmer im Antrag oder den uns später schriftlich bekannt gegebenen Begünstigten. Wenn ein solcher nicht bezeichnet worden ist, an die gesetzlichen Erben der versicherten Person als Begünstigte.
- 5.2 Sind keine der in Ziff. 5.1 genannten Hinterbliebenen vorhanden, so werden nur die Bestattungskosten, soweit sie nicht von einem Versicherer oder haftpflichtigen Dritten bezahlt worden sind, bis zu 10 % der Todesfallsumme vergütet.
- 5.3 Eine eventuell wegen des gleichen Unfalls bereits bezahlte Invaliditätsentschädigung wird an die Todesfallsumme angerechnet.

6 Invalidität

Wird die versicherte Person invalid, so entrichtet der Versicherer das Invaliditätskapital. Dieses wird errechnet aufgrund des Invaliditätsgrades, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante. Dabei ist unerheblich, ob und in welchem Ausmass ein Erwerbsausfall entsteht.

- 6.1 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die nachstehenden Grundsätze verbindlich:

- a) Feste Invaliditätsgrade bei gänzlichem Verlust oder voller Gebrauchsunfähigkeit:

beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, eines Armes oder einer Hand und zugleich eines Beins oder eines Fusses	100 %
eines Oberarms	70 %
eines Unterarms oder einer Hand	60 %
eines Daumens	22 %
eines Zeigfingers	15 %
eines andern Fingers	8 %
eines Oberschenkels	60 %
eines Unterschenkels	50 %
eines Fusses	40 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	30 %
der Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des andern Auges vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	70 %



des Gehörs auf beiden Ohren	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	15 %
des Gehörs auf einem Ohr, was dasjenige auf dem andern Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	45 %
einer Niere	20 %
der Milz	5 %
des Geruchsinn	3 %
des Geschmacksinn	3 %

- b) Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad angenommen. Werden gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, so erfolgt die Ermittlung des Invaliditätsgrades, welcher aber höchstens 100 % betragen kann, durch Addition der einzelnen Verluste.
- c) Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades in Anlehnung an obige Prozentsätze. Erschwerung der Unfallfolgen zufolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Invaliditätsleistung, als wenn der Unfall eine körperlich unversehrte Person betroffen hätte. War der vom Unfall betroffene Körperteil schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung der Invalidität der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen zu berechnende Invaliditätsgrad abgezogen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Ziff. 6.1 a) AVB betreffend den Verlust der Sehkraft und des Gehörs.
- d) Für psychische oder nervöse Störungen wird eine Leistung nur ausgerichtet, soweit sie auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.
- e) Die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht aufgrund des als voraussichtlich bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber 5 Jahre nach dem Unfall. Die Invaliditätsleistung wird nicht fällig, solange noch Taggeld bezahlt wird.
- 6.2 Das Invaliditätskapital wird je nach der gewählten Leistungsvariante A oder B wie folgt ermittelt:

	Variante A	Variante B
für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	aufgrund der einfachen Versicherungssumme	aufgrund der einfachen Versicherungssumme
für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	aufgrund der doppelten Versicherungssumme	aufgrund der dreifachen Versicherungssumme
für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	aufgrund der dreifachen Versicherungssumme	aufgrund der fünffachen Versicherungssumme

Für die Invaliditätsleistung sind demnach die folgenden Prozentsätze der vereinbarten Versicherungssumme massgebend:

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

- 6.3 Hat die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls das 70. Lebensjahr vollendet, so wird die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität im Sinne der vorstehenden Bestimmungen in Form einer lebenslänglichen Rente von 10 % pro Jahr des für diese Invalidität vorgesehenen Kapitals ausbezahlt. Der Versicherer zahlt die Rente vierteljährlich im Voraus.

7 Taggeld

Der Versicherer richtet für die durch Unfall verursachte Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld aus.

- 7.1 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.
- 7.2 Ist die versicherte Person teilweise arbeitsunfähig, wird ein dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechender Teil des Taggeldes ausbezahlt. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % gibt keinen Anspruch auf Leistungen.
- 7.3 Ändert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, so werden die Leistungen mit Wirkung auf den Tag der Änderung neu festgesetzt. Die Änderung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist uns unverzüglich zu melden.
- 7.4 Für den Unfalltag wird keine Leistung erbracht. Eine vereinbarte Wartezeit beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch am Tage nach dem Unfall, zu laufen. Die Bezugsberechtigung dauert höchstens 720 Tage innert 5 Jahren seit dem Unfalltag, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer allenfalls geschuldeten Invaliditätsleistung gemäss Ziff. 6. Ist



eine Wartefrist vereinbart, so wird die Leistungsdauer von 720 Tagen entsprechend gekürzt. Bei der Ermittlung der Wartefrist werden Tage mit voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet.

- 7.5 Bei Aufenthalten in Kuranstalten besteht nur Anspruch auf das Taggeld, wenn die Kur ärztlich verordnet und vorgängig unsere Zustimmung zur Durchführung der Kur eingeholt wurde.

8 Spitaltaggeld

Der Versicherer richtet für die durch Unfall verursachten Spital- und Kuraufenthalte das vereinbarte Taggeld für die Dauer eines medizinisch notwendigen Aufenthaltes in einem Spital oder in einer Kuranstalt aus.

- 8.1 Das Spitaltaggeld wird während unbegrenzter Dauer ausgerichtet. Bei einem Kuraufenthalt zahlt der Versicherer das vereinbarte Spitaltaggeld während längstens 30 Tagen pro Kur, höchstens jedoch für 120 Tage für alle innerhalb von 5 Kalenderjahren insgesamt durchgeführten Kuren, wovon höchstens 60 Tage für Erholungskuren.
- 8.2 Ein Anspruch auf Leistungen für Aufenthalte in Kuranstalten besteht nur, wenn die Kur ärztlich verordnet wurde und die versicherte Person vor deren Antritt in ärztlicher Behandlung stand. Bei Bade- und Diätkuren ist ausserdem Bedingung, dass die Kur unter ärztlicher Betreuung durchgeführt wird. Erholungsaufenthalte sind nur versichert, wenn sie in ärztlich geleiteten Kuranstalten erfolgen.
- 8.3 Bei Kuraufenthalten im Ausland hat die versicherte Person nur Anspruch auf das Spitaltaggeld, wenn vorgängig die Zustimmung des Versicherers zur Durchführung der Kur eingeholt wurde.

9 Heilungskosten

Der Versicherer vergütet die durch einen Unfall verursachten medizinisch notwendigen Heilungskosten innerhalb von 5 Jahren seit dem Ereignis unbeschränkt; später anfallende Kosten bis höchstens CHF 50 000.–.

- 9.1 Der Versicherer vergütet im Rahmen der am Behandlungsort geltenden Tarife:
- die Auslagen für Heilmassnahmen inkl. Heilmittel, die durch einen patentierten Arzt durchgeführt oder angeordnet werden, sowie die Kosten für den medizinisch notwendigen Aufenthalt in einem Spital oder einer Kuranstalt inklusive Tagestaxen;
 - die Kosten für Behandlungen durch staatlich zugelassene Chiropraktoren;
 - die Kosten für zahnärztliche Behandlungen, die von einem patentierten Zahnarzt durchgeführt oder angeordnet wurden, inkl. Zahnersatz.
In der Kinder-Unfallversicherung: Bei Zahnschäden versicherter Kinder übernimmt der Versicherer die Kosten für die Zwischenbehandlungen und die einmalige definitive Instandstellung der beschädigten Zähne, jedoch längstens bis zur Vollendung des 22. Altersjahres;
 - die Kosten für medizinische Hilfsmittel, sofern sie ärztlich verordnet und als Folge eines versicherten Ereignisses notwendig sind, wie Prothesen, Transplantate, künstlichen Ersatz von Organen, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen usw. sowie

die Kosten für die erstmalige Anschaffung von Brillen (einfaches Gestell), Kontaktlinsen, Hörapparaten, orthopädischem Schuhwerk und die Miet- oder erstmalige Anschaffung von Krücken, Stützen oder anderem Krankenmobiliar. Nicht vergütet werden die Kosten für mechanische Fortbewegungsmittel;

- der Versicherer vergütet auch die Auslagen für Reparatur oder Ersatz (Neuwert) von Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparaten, orthopädischen Hilfsmitteln, die anlässlich eines Unfalls, der eine ärztliche Behandlung erfordert, beschädigt oder zerstört wurden;
 - die Auslagen für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) der bei einem entschädigungspflichtigen Unfall beschädigten Kleider der versicherten Person sowie für Reinigung von Fahrzeugen oder anderen Sachen von Privatpersonen, die sich um die Bergung und den Transport der verunfallten Person bemüht haben, bis zum Höchstbetrag von CHF 3 000.– pro Unfall;
- e) die Aufwendungen bei Hauspflege für die ärztlich verordneten Dienste des diplomierten Krankenpflegepersonals. Diesem gleichgestellt sind Pflegerinnen und Pfleger, die durch Krankenpflegevereine und Heimpflegeorganisationen zur Verfügung gestellt werden, jedoch nicht Haushalthilfen, welche keine Pflegefunktion ausüben;
- f) die Aufwendungen für Such-, Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten, und zwar:
- die Kosten für die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommenen Suchaktionen bis CHF 20 000.–;
 - die Aufwendungen für alle durch ein versichertes Ereignis notwendigen Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten: Transporte mit Luftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind;
 - bei einem Todesfall ausserhalb des Domizils der versicherten Person die Kosten für den Transport des/der Verstorbenen an seinen/ihren bisherigen schweizerischen bzw. liechtensteinischen Wohnort inkl. Kosten für allfällige amtliche Grenzformalitäten.
- 9.2 Die Kosten bei einem Kuraufenthalt werden längstens während 30 Tagen pro Kur bezahlt, höchstens jedoch für 120 Tage für alle innerhalb von 5 Kalenderjahren insgesamt durchgeführten Kuren, wovon höchstens 60 Tage für Erholungskuren.
- Ein Anspruch auf Leistungen für Aufenthalte in Kuranstalten besteht nur, wenn die Kur ärztlich verordnet wurde und der Versicherte vor deren Antritt in ärztlicher Behandlung stand. Bei Bade- und Diätkuren ist ausserdem Bedingung, dass die Kur unter ärztlicher Betreuung durchgeführt wird.
- Erholungsaufenthalte sind nur versichert, wenn sie in ärztlich geleiteten Kuranstalten erfolgen.
- 9.3 Sofern sich eine in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein verunfallte versicherte Person im Ausland behandeln lassen will, hat sie nur Anspruch auf Leistungen, wenn sie vorgängig die Genehmigung des Versicherers erhalten hat. Dies gilt auch für Kuraufenthalte im Ausland.
- 9.4 Die vertraglichen Leistungen werden für Unfälle erbracht, welche nach Beginn der Versicherung eintreten.



9.5 Der Versicherer leistet bei Eintritt in ein Spital Kostengutsprache. Sofern für den Versicherer keine oder eine Leistungspflicht in geringerem Umfang besteht als die mit der Kostengutsprache zugesprochenen Leistungen, verpflichtet sich die versicherte Person, dem Versicherer die Differenz innert Monatsfrist zurückzuerstatten.

9.6 Heilungskosten in Ergänzung zu einer Krankenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung: Sind die Heilungskosten in Ergänzung zu den Leistungen einer Krankenversicherung oder zu denjenigen der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, so übernimmt der Versicherer im Rahmen dieser Bedingungen den bei der Krankenversicherung oder durch die gesetzliche Unfallversicherung nicht gedeckten Teil.

Selbstbehalte, Franchisen und Gebühren, die von der Krankenversicherung berechnet werden, gehen nicht zu Lasten des Versicherers.

Besteht die Versicherung bei der Krankenversicherung oder dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles nicht mehr oder macht die Krankenversicherung ihre Leistungen davon abhängig, dass der Versicherer seine Leistungen zuerst ausrichtet, so vergütet er 50 % der gemäss diesen Bedingungen zu ersetzenden Kosten.

Bestehen für die Heilungskosten mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so werden sie gesamthaft nur einmal vergütet. Die Ersatzpflicht des Versicherers regelt sich in solchen Fällen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die Entschädigung entfällt in dem Masse, als die Heilungskosten zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung, der Eidgenössischen Militärversicherung oder der Eidgenössischen Invalidenversicherung gehen.

9.7 Haftpflichtige Dritte:

Soweit die Heilungskosten von einem haftpflichtigen Dritten bzw. seinem Versicherer bezahlt worden sind, vergütet der Versicherer nur den nicht gedeckten Teil dieser Kosten.

Wird der Versicherer anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer ihre Haftpflichtansprüche bis zum Betrag seiner Aufwendungen abzutreten.

10 Unfallfremde Umstände

Haben schon bestehende Krankheitszustände oder hinzugetretene Krankheiten, die nicht durch den Unfall hervorgerufen worden sind, die Unfallfolgen massgeblich erschwert, so entschädigt der Versicherer lediglich einen aufgrund ärztlicher Gutachten abzuschätzenden Teil der versicherten Leistungen. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Versicherung der Heilungskosten.

11 Kürzung von Versicherungsleistungen

Hat der Versicherte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt, verzichtet der Versicherer auf das uns gesetzlich zustehende Recht, seine Leistungen zu kürzen. Vorbehalten bleibt jedoch eine Kürzung für Unfälle bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens.

Schadenfall

12 Obliegenheiten im Schadenfall

Jeder Versicherungsfall, der voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, ist dem Versicherer innert 5 Tagen nach Eintritt des Ereignisses bzw. nach Ablauf der Wartefrist beim Taggeld zu melden.

12.1 Todesfälle sind dem Versicherer, auch wenn der Unfall bereits angemeldet wurde, innert 24 Stunden telefonisch oder mittels Fax und E-Mail zu melden.

Der Versicherer kann die Sektion der tödlich verunfallten Person verlangen. Es besteht kein Versicherungsanspruch, wenn die Sektion verweigert oder wegen verspäteter Meldung des Todesfalls verunmöglich wurde.

13 Ärztliche Behandlung, Auskunfterteilung

13.1 Die versicherte Person hat sich regelmässig in ärztliche Behandlung oder Kontrolle zu begeben. Zusätzlich ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von ihr als nötig erachteten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen durch Krankenbesuche zu kontrollieren.

13.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, bei der Durchführung dieser Versicherung mitzuwirken. Insbesondere muss sie dem Versicherer sämtliche Angaben machen, die er zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt.

14 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, wenn der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte die Obliegenheiten gemäss Ziff. 12 und 13 nicht erfüllt, es sei denn, es werde bewiesen, dass die Nichterfüllung den Umständen nach als eine unverschuldete zu betrachten ist.

Allgemeine Bestimmungen

15 Beginn und Ende der Versicherung; provisorische Deckung

Mit dem Eintreffen des Antrages beim Versicherer, frühestens aber ab dem im Antrag vorgesehenen Vertragsbeginn, erteilt der Versicherer dem Antragsteller provisorische Deckung für Unfälle, für die er den Nachweis erbringen kann, dass sie nicht schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind.

Die provisorische Deckung ist auf 3 Monate beschränkt und kann durch den Versicherer jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall erlischt der Versicherungsschutz 3 Tage nach dem Eintreffen der Mitteilung durch den Versicherer an den Antragsteller. Erfolgt kein Widerruf, dauert die provisorische Deckung bis zur Aushändigung der Police an den Versicherungsnehmer, höchstens jedoch 3 Monate.

16 Vertragsdauer

16.1 Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police aufgeführten Datum.



16.2 Der Vertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen. Er verlängert sich am Ende dieser Dauer jeweils um ein weiteres Jahr, sofern nicht eine der Vertragsparteien – der Versicherungsnehmer oder der Versicherer – mindestens 3 Monate vor Ablauf den Vertrag kündigen. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Tag der Wirksamkeit der Kündigung.

Ist der Vertrag für weniger als 1 Jahr abgeschlossen, so erlischt er am Vertragsende.

16.3 Die Versicherung des Taggeldes erlischt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Falls sie über diesen Zeitpunkt hinaus weiterhin regelmässig beruflich tätig ist, kann die Versicherung aufgrund einer besonderen Vereinbarung weitergeführt werden.

16.4 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat, kann der Versicherer die Anpassung der Leistungen an die neuen Verhältnisse vornehmen und allenfalls höhere Tarifsätze anwenden. Die Bestimmungen über die Änderung des Prämientarifs (Ziff. 19) finden sinngemäss Anwendung.

16.5 Kinder-Unfallversicherung: Bei Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 16. Altersjahr vollendet hat, erlischt die Versicherung für das betreffende Kind automatisch.

17 Kündigung im Schadenfall

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag jeweils zu kündigen, wenn der Versicherer eine Entschädigung für einen neuen Unfall erbringt. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und spätestens 14 Tage nach Kenntnis der letzten Auszahlung eines Unfalls beim Versicherer eintreffen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer. Der Versicherer verzichtet auf dieses Kündigungsrecht.

18 Fälligkeit der Prämien

Die Prämien sind ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus auf den in der Police genannten Zeitpunkt zur Zahlung fällig.

19 Änderung der Prämien oder Selbstbehalte

Ändern während der Vertragsdauer die Prämien und/oder die Selbstbehaltregelung des Tarifs, so kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Zu diesem Zweck gibt der Versicherer dem Versicherungsnehmer die neuen Prämien und/oder Selbstbehalte spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt.

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

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

20 Anspruch auf Rückerstattung der Prämie

20.1 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.

20.2 Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer den Vertrag gekündigt hat.

20.3 Eine Versicherungsperiode beginnt mit dem Hauptverfall gemäss Police und dauert ein Jahr.

21 Prämienbefreiung in der Kinderunfallversicherung

21.1 Im Falle von Invalidität oder Tod des Versicherungsnehmers wird die Versicherung prämienfrei bis zu dem in der Police aufgeführten Vertragsablauf weitergeführt. Die Helvetia Versicherungen übernimmt anstelle des Versicherungsnehmers die Bezahlung der Prämien für die folgenden Versicherungsjahre.

21.2 Als Invalidität gilt die ärztlich nachgewiesene und voraussichtlich lebenslängliche Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 75 %. Bei Tod des Versicherungsnehmers ist dem Versicherer der Todesschein vorzulegen. Sollte die Schweiz oder das Fürstentum Liechtenstein Krieg führen oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen werden, so tritt Absatz 1 dieser Ziff. 21.1 ausser Kraft und die Prämie ermässigt sich vom nächsten Verfall an entsprechend. Für die bereits prämienfrei laufenden Verträge wird die Prämienbefreiung in vollem Umfange weitergeführt.

Schlussbestimmungen

22 Mitteilungen und Informationspflicht

22.1 An den Versicherungsnehmer:

Alle Mitteilungen an den Versicherungsnehmer bzw. an die von ihm genannte Ansprechstelle erfolgen an die letzte dem Versicherer bekannte Adresse in der Schweiz.

22.2 An den Versicherer:

Alle Mitteilungen müssen direkt an den Versicherer gerichtet werden, und zwar in Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.

22.3 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomicil seine Ansprechstelle, die Art des Betriebes oder ändern die Besitzverhältnisse der Unternehmung, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

23 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten oder am Hauptsitz der Helsana Unfall AG zuständig.

24 Rechtsgrundlage

Soweit dieser Vertrag nichts anderes vorsieht, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

