

Ausgabe 2006

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Helsana Business Accident UVG-Zusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen

- 1 Grundlagen des Vertrags
- 2 Versicherte Personen
- 3 Räumliche Geltung
- 4 Gegenstand der Versicherung

Versicherungsleistungen

- 5 Heilungskosten
- 6 Spitaltaggeld
- 7 Taggeld
- 8 Invalidität
- 9 Todesfall
- 10 Sonderrisiko
- 11 Ermittlung der Leistungen
- 12 Rückfälle und Spätfolgen früherer Unfälle
- 13 Unfallfremde Umstände
Anrechnung auf Haftpflichtansprüche
- 14 Kürzung und Verweigerung
von Versicherungsleistungen

Allgemeine Bestimmungen

- 15 Beginn und Ende der Versicherung
- 16 Kündigung
- 17 Rückerstattung der Prämie
- 18 Lohnsummendeklaration
- 19 Änderung des Prämientarifs
- 20 Änderung des Prämienatzes
- 21 Versicherung mit Überschussbeteiligung
- 22 Übertritt in die Einzelversicherung
- 23 Unfallmeldung
Versäumnis der Unfallmeldung
Nachzahlung und Rückforderung von Leistungen
Medizinalpersonen und Heilanstalten
- 24 Mitteilungen
- 25 Gerichtsstand

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

Grundlagen

1 Grundlagen des Vertrags

Als Grundlage des Vertrags gelten:

- a) die Police und allfällige Nachträge dazu;
- b) die im Versicherungs-Antrag und allfälligen Gesundheitsdeklarationen aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person;
- c) die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);
- d) allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB);
- e) das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG);
- f) Besondere Abreden bzw. Vereinbarungen, soweit diese vom Versicherer in der Police als Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) bestätigt worden sind;
- g) Erwähnen die AVB das UVG, so sind damit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und dessen Verordnungen gemeint.

2 Versicherte Personen

- a) Versichert sind alle dem UVG unterstellten Personen, d. h.
 - die ihm obligatorisch unterstellten Arbeitnehmer;
 - die Personen, die freiwillig der Versicherung beigetreten sind.
- b) Der Versicherungsnehmer kann durch Vereinbarung die Versicherung auf bestimmte Personenkategorien beschränken, die in der Police ausdrücklich erwähnt werden müssen.
- c) Die der Versicherung freiwillig beigetretenen Personen müssen in der Zusatzversicherung ebenfalls namentlich bezeichnet werden.

3 Räumliche Geltung

Es gelten die Bestimmungen des UVG.

4 Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung erstreckt sich auf Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle und Berufskrankheiten gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), die während der Gültigkeit der vorliegenden Zusatzversicherung eintreten (Berufs- und Nichtberufsunfälle) bzw. verursacht werden (Berufskrankheiten). 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. Ebenfalls mitversichert sind Unfälle im Eidgenössischen Militärdienst und Zivilschutz in Friedenszeiten. Solche Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.

Versicherungsleistungen

Sofern die Versicherungsleistungen in der Police aufgeführt sind, gelten folgende Bestimmungen:

5 Heilungskosten

- 5.1 Solange aus der Unfallversicherung gemäss UVG oder aus der Eidgenössischen Militärversicherung Pflegeleistungen und Kostenvergütungen erbracht werden, übernimmt der Versicherer die nachstehenden Kosten insoweit, als sie die gesetzlichen Leistungen übersteigen (Zusatzversicherung):
 - a) die notwendigen Auslagen für Heilungsmassnahmen, die durch Medizinalpersonen gemäss UVG durchgeführt oder angeordnet werden, sowie die Spalkkosten der halbprivaten oder privaten Abteilung und die Aufwendungen für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung bei ärztlich verordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung des Versicherers durchgeführt werden;
 - b) während der Dauer der Heilungsmassnahmen gemäss Ziff. 5.1a) AVB die Aufwendungen für Dienste von diplomiertem oder von einer öffentlichen oder privaten Institution zur Verfügung gestelltem Personal zur Pflege der versicherten Person sowie die Kosten für die Miete von Krankenmobilen;
 - c) die Auslagen für die erstmalige Anschaffung von Prothesen, Brillen, Hörapparaten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie Auslagen für deren Reparatur oder Ersatz (Neuwert), wenn sie anlässlich eines Ereignisses beschädigt oder zerstört werden, das Heilungsmassnahmen gemäss Ziff. 5.1a) AVB zur Folge hat;
 - d) die Auslagen für die durch den Unfall bedingten Transporte der versicherten Person, soweit sie mit Behandlungsmassnahmen in Zusammenhang stehen; für Transporte mit Luftfahrzeugen jedoch nur, sofern sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind, bis ins nächste für die Behandlung geeignete Spital. Transporte mit Fahrzeugen, die nicht dem öffentlichen Verkehr dienen (Taxi und dergleichen), werden nur bezahlt, wenn der versicherten Person die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Tram, Autobus usw.) nicht zugemutet werden kann;
 - e) die Aufwendungen für:
 - Aktionen zur Bergung der Leiche, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalles ist;
 - Such- und Rettungsaktionen zugunsten der versicherten Person bis höchstens CHF 20 000.–.
- 5.2 Ferner übernimmt der Versicherer 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 des Verletzten bemüht haben, bis zum Höchstbetrag von CHF 2000.– pro Unfall.

- 5.3 Im Weiteren ersetzt der Versicherer den aus der Unfallversicherung gemäss UVG oder aus der Eidgenössischen Militärversicherung geschuldeten Beitrag der versicherten Person an die Unterhaltskosten bei einem Aufenthalt in einer Heilanstalt.
- 5.4 Der Versicherer leistet bei Eintritt in ein Spital Kostengutsprache. Sofern für den Versicherer keine oder eine Leistungspflicht in geringerem Umfang besteht als die aufgrund der Kostengutsprache zugesprochenen Leistungen, verpflichtet sich die versicherte Person, dem Versicherer die Differenz innert Monatsfrist zurückzuerstatten.
- 5.5 Soweit die Heilungskosten von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer bezahlt worden sind, entfällt eine Vergütung aufgrund dieses Vertrages. Wird der Versicherer anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist die versicherte Person verpflichtet, ihm seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag seiner Aufwendungen abzutreten. 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 der Versicherer erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch ihn gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

6 Spitaltaggeld

Für die Zeit eines notwendigen Spitalaufenthaltes, höchstens jedoch, solange Pflegeleistungen aus der Unfallversicherung gemäss UVG oder aus der Eidgenössischen Militärversicherung ausgerichtet werden, bezahlt der Versicherer das vereinbarte Spitaltaggeld. Ferner zahlt der Versicherer das Spitaltaggeld für die Dauer von ärztlich angeordneten Kuren, die in einem spezialisierten Betrieb mit Zustimmung des Versicherers durchgeführt werden. Befindet sich die versicherte Person in Hauspflege, so sind die nachgewiesenen zusätzlichen Kosten für die Besorgung des Haushaltes durch eine mit der versicherten Person vor dem Unfallereignis nicht in Hausgemeinschaft lebenden Person mitversichert. Der Versicherer vergütet jedoch im Maximum die Hälfte des versicherten Spitaltaggeldes, und zwar solange ein Anspruch auf das Taggeld gemäss UVG, der Eidgenössischen Militärversicherung oder der Eidgenössischen Invalidenversicherung besteht.

7 Taggeld

- 7.1 Bei ärztlich festgestellter vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit bezahlt der Versicherer für jeden Kalendertag das vereinbarte Taggeld, sofern die versicherte Person Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung gemäss UVG, der Eidgenössischen Militärversicherung oder der Eidgenössischen Invalidenversicherung hat. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld um einen dem Grad der Arbeitsfähigkeit entsprechenden Betrag gekürzt. Für den Unfalltag wird keine Leistung erbracht. Eine vereinbarte Wartefrist beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch am Tage nach dem Unfall, zu laufen. Bei der Ermittlung der Wartefrist werden Tage mit voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet.
- 7.2 Sofern ein haftpflichtiger Dritter oder sein Versicherer bereits Ersatz für Erwerbsausfall geleistet haben, bezahlt der Versicherer bei der Versicherung nach Lohnsystem nur den noch verbleibenden Lohnausfall, höchstens aber die durch diesen Vertrag versicherten Leistungen. Wird der Versicherer anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist die versicherte Person verpflichtet, ihm ihre Haftpflichtansprüche bis zum Betrag seiner Aufwendungen abzutreten. Wenn die Entschädigungen aus den beteiligten Sozialversicherungen bereits den vollen Verdienstaufschlag decken, entfällt der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer. Das Taggeld wird soweit gekürzt, als es mit gleichartigen Sozialversicherungsleistungen zusammentrifft und den mutmasslich entgangenen Verdienst übersteigt. Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht jenem Verdienst, den die versicherte Person ohne Unfall erzielen würde. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des UVG. Bestehen für das Taggeld mehrere Versicherungen nach Lohnsystem bei konzessionierten Gesellschaften, so wird der Lohnausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche der Versicherer erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch ihn gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

8 Invalidität

8.1 Invaliditätskapital

- a) Wird die versicherte Person als Folge eines Unfalles voraussichtlich dauernd invalid, so entrichtet der Versicherer das vereinbarte Invaliditätskapital. Dabei ist unerheblich, ob und in welchem Ausmass ein Erwerbsausfall entsteht. Es wird errechnet aufgrund des Invaliditätsgrades, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante.
- b) Invaliditätsgrad
Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des UVG für die Integritätsentschädigung. 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) Leistungsvarianten

Das Invaliditätskapital wird je nach der vereinbarten Leistungsvariante A, B oder C wie folgt berechnet:

| | Variante A | Variante B | Variante C |
|---|--|--|---|
| für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: | aufgrund der einfachen Versicherungssumme | 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 | aufgrund der einfachen Versicherungssumme |
| für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: | aufgrund der dreifachen Versicherungssumme | aufgrund der fünffachen Versicherungssumme | aufgrund der einfachen Versicherungssumme |

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

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

8.2 Invalidenrente im Rahmen der Überschusslöhne

- Der Versicherer bezahlt bei Vollinvalidität die vereinbarte Invalidenrente, bei Teilinvalidität entsprechend weniger. Die Invalidenrente wird für die gleiche Dauer ausgerichtet wie die Rente gemäss UVG.
- Im Übrigen gelten die Bestimmungen des UVG; diejenigen über die Komplementärrente gelangen jedoch nicht zur Anwendung.
- Betreffend Auskauf von Renten gelten die Bestimmungen des UVG. Die Anpassung der Renten an die Teuerung erfolgt nach den Bestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung, ist aber begrenzt auf höchstens 10 % pro Jahr.

8.3 Fälligkeit

Die geschuldeten Leistungen werden fällig, sobald die voraussichtlich bleibende Invalidität feststeht und allfällige Taggeldzahlungen des UVG-Versicherers aufgehört haben.

9 Todesfall

9.1 Todesfallkapital

Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, so bezahlt der Versicherer das vereinbarte Todesfallkapital an die folgenden, nacheinander begünstigten Personen:

- den Ehegatten;
- die Kinder.

Den Kindern gleichgestellt sind die in der gesetzlichen Unfallversicherung rentenberechtigten Pflegekinder;

- die Eltern.

Sind keine der genannten Hinterbliebenen vorhanden, werden die von der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der Eidgenössischen Militärversicherung

nicht übernommenen Bestattungskosten bis 10 % des Todesfallkapitals vergütet. Für versicherte Personen, die im Zeitpunkt des Unfalls das 16. Altersjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Todesfallentschädigung höchstens CHF 20 000.–. Wegen desselben Unfalls bereits ausbezahlte Invaliditätsleistungen werden an das Todesfallkapital angerechnet.

9.2 Hinterlassenenrenten im Rahmen der Überschusslöhne

- a) Der Versicherer bezahlt im Todesfall die vereinbarten Hinterlassenenrenten gemäss UVG. Die Hinterlassenenrenten werden für die gleiche Dauer ausgerichtet wie die Renten gemäss UVG.
- b) Der geschiedene Ehegatte hat keinen Anspruch auf eine Hinterlassenenrente, und die Bestimmungen über die Komplementärrente gelangen nicht zur Anwendung.
- c) Betreffend Auskauf von Renten gelten die Bestimmungen des UVG. Die Anpassung der Renten an die Teuerung erfolgt nach den Bestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung, ist aber begrenzt auf höchstens 10 % pro Jahr.

10 Sonderrisiko

- a) Sofern in der Police aufgeführt, bezahlt der Versicherer auch die in der Versicherung gemäss UVG und der Eidgenössischen Militärversicherung vorgenommenen Leistungskürzungen und Verweigerungen bei Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit, aussergewöhnliche Gefahren oder Wagnisse (ausgenommen absichtliche Herbeiführung der Unfallhandlung) zurückzuführen sind.
- b) Grundlage für die Prämienberechnung bildet der Nichtberufsunfall-Prämiensatz für die gesetzliche Unfallversicherung gemäss UVG.
- c) Sind Rentenleistungen geschuldet, so behält sich der Versicherer vor, die Rentenverpflichtungen durch eine Kapitalabfindung abzugelten. Dieses Recht zur Kapitalabfindung steht dem Versicherer sowohl bei Beginn der Rentenzahlung als auch während der Rentenlaufzeit zu.

11 Ermittlung der Leistungen

- 11.1 Versicherung im Rahmen der UVG-Löhne: Berechnungsgrundlage für das Taggeld und das Spitaltaggeld bildet der für die Ermittlung des Taggeldes in der gesetzlichen Unfallversicherung massgebende Lohn. Die Versicherungssumme für Invalidität und Tod beruhen auf dem für die Rentenberechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung massgebenden Lohn.
- 11.2 Versicherung im Rahmen der Überschusslöhne:
 - a) Als Überschusslohn gilt der das UVG-Maximum übersteigende Teil des Lohnes.
 - b) Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn. Der höchstversicherbare Lohn pro Person und Jahr ist in der Police geregelt.

- c) Der Überschusslohn ermittelt sich nach denselben Regeln wie der versicherte Verdienst in der gesetzlichen Unfallversicherung und bildet die Berechnungsgrundlage für das Taggeld, das Spitaltaggeld und die Versicherungssummen für Invalidität und Tod, sowie für die Invalidenrente und die Hinterlassenenrenten.
- d) Wird der versicherte Verdienst bei mehreren Arbeitgebern erzielt, so wird einzig der im versicherten Unternehmen erzielte Lohn berücksichtigt.

11.3 Versicherungsgewinn

Für Versicherte, die sich der gesetzlichen Unfallversicherung freiwillig angeschlossen haben, bildet der mit dem Versicherer zum Voraus vereinbarte Lohn die Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Versicherungsleistungen. Die Invalidenrente und die Hinterlassenenrenten werden soweit gekürzt, als sie mit gleichartigen Sozialversicherungsleistungen zusammenkommen und den mutmasslich entgangenen Verdienst übersteigen. Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht jenem Verdienst, den die versicherte Person ohne Unfall erzielen würde.

12 Rückfälle und Spätfolgen früherer Unfälle

Bei Rückfällen und Spätfolgen früherer Unfälle, die nicht versichert waren oder für die aus der damaligen Versicherung keine Leistungspflicht mehr besteht, bezahlt der Versicherer bei Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person die vom Versicherungsnehmer auszurichtende Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 324a Obligationenrecht (OR), sofern ein Taggeld versichert ist. Die vertraglich vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Ein Anspruch auf anderweitige Leistungen wie z. B. Heilungskosten, Spitaltaggelder oder eine Invaliditäts- oder Todesfallentschädigung besteht hingegen nicht.

13 Unfallfremde Umstände

Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

- a) Die Leistungen für Heilungskosten, Spitaltaggeld und Taggeld werden nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines versicherten Unfalls ist. Ist die Invalidität nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalls, so wird das Invaliditätskapital und die Invalidenrente entsprechend der unfallbedingten Verursachung aufgrund ärztlicher Gutachten festgesetzt. Dasselbe gilt sinngemäss für die Festlegung des Todesfallkapitals und der Hinterlassenenrenten.
- b) Die aus dieser Versicherung erbrachten Leistungen werden in dem Verhältnis, in welchem der Versicherungsnehmer für die Prämien aufgekommen ist, auf seine Haftpflicht und jene der anderen Betriebsangehörigen angerechnet.

14 Kürzung und Verweigerung von Versicherungsleistungen

Massgebend sind die Bestimmungen des UVG. Der Versicherer verzichtet jedoch auf Leistungskürzungen und Verweigerungen bei Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit oder Wagnisse zurückzuführen sind.

- a) Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle, die sich ereignen:
- bei kriegerischen Ereignissen in der Schweiz;
 - bei kriegerischen Ereignissen 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 die versicherte Person sich aufhält und dort vom Ausbruch kriegerischer Ereignisse überrascht worden ist;
 - durch Erdbeben in der Schweiz;
 - bei Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen; es sei denn, die versicherte Person lege glaubhaft dar, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
 - bei ausländischem Militärdienst;
 - bei Teilnahme an Terrorakten;
 - bei Beteiligung an Raufereien und Schlägereien;
 - Unfälle bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens;
 - Selbsttötung, Selbstverstümmelung oder dem Versuch dazu; es sei denn, die versicherte Person war zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig, vernunftgemäss zu handeln oder es handelte sich dabei um die eindeutige Folge eines versicherten Unfalls.
- b) Ausserdem besteht kein Versicherungsschutz für Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art. Versichert sind jedoch Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls. Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit für den versicherten Betrieb sind ebenfalls mitversichert, sofern sie eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung begründen.
- Im Übrigen gelten die Bestimmungen des UVG.

Allgemeine Bestimmungen

15 Beginn und Ende der Versicherung

- a) Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers angegebenen Datum. Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungszusage kann der Versicherer den Antrag schriftlich ablehnen.
- b) Der Kollektivvertrag ist für die in der Police genannte Dauer abgeschlossen. Er verlängert sich am Ende dieser Dauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht ein Vertragspartner spätestens drei Monate vorher eine Kündigung erhalten hat. Ist der Vertrag für weniger als 1 Jahr abgeschlossen, erlischt er am in der Police aufgeführten Tag.

- c) Der Kollektivvertrag endet:
- bei Kündigung;
 - bei Konkurseröffnung des Versicherungsnehmers;
 - Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
 - Einstellung des Betriebs;
 - zum Zeitpunkt der Handänderung;
 - spätestens mit dem Erlöschen der UVG-Versicherung für den versicherten Betrieb bzw. Beruf.
- d) Für die einzeln versicherte Person gelten die Bestimmungen des UVG. Die Versicherung erlischt spätestens mit dem Erlöschen der UVG-Versicherung für den versicherten Betrieb bzw. Beruf.
- e) Anstelle der Abredeversicherung garantiert der Versicherer jedoch das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung gemäss Ziff. 22 AVB.

16 Kündigung

16.1 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder durch den Versicherer erstmals bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums sowie später auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus im Besitze des Versicherers bzw. des Versicherungsnehmers sein. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Hauptverfall.

16.2 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.

17 Rückerstattung der Prämie

Die Prämie wird aufgrund des versicherten Verdienstes gemäss UVG oder aufgrund der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme berechnet.

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

17.2 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.

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

18 Lohnsummendeklaration

Der Versicherer oder von ihm beauftragte Dritte haben das Recht, Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen oder Kopien seiner AHV-Abrechnung zu verlangen.

19 Änderung des Prämientarifs

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bis spätestens 30 Tage vor Ende des Jahres die Änderung schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die von der Änderung betroffenen Vertragsteile oder den ganzen Vertrag per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

20 Änderung des Prämienatzes

- a) Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien aufgrund des Schadenverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die zwei bis vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe der Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) die eingenommenen Risikoprämien, kann der Versicherer die Prämienätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.
- b) Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämienätze spätestens 60 Tage vor dem Hauptverfall der Prämie bekannt. Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit dem neuen Prämienatz aufrecht zu erhalten.

21 Versicherung mit Überschussbeteiligung

Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils frühestens nach drei, längstens fünf vollen Versicherungsjahren, entsprechend der vereinbarten Vertragsdauer (= Abrechnungsperiode) einen Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Vertrag. Von dem in der Police aufgeführten Anteil der bezahlten Prämien werden die Leistungen für die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Unfälle abgezogen. Ergibt sich ein Überschuss, erhält der Versicherungsnehmer den auf der Police aufgeführten Anteil. Sind am Ende einer Abrechnungsperiode Unfälle noch nicht abgeschlossen, wird die Abrechnung bis zu deren Erledigung zurückgestellt. Ein Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

22 Übertritt in die Einzelversicherung

- 22.1 Scheidet eine versicherte Person aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer aus oder wird die Police aufgehoben, so kann die versicherte Person, sofern sie ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, innert 3 Monaten den Übertritt in die Einzelversicherung verlangen. Es können nur Leistungen versichert werden, die bisher schon versichert waren und im Umfang der Einzelversicherung enthalten sind. Das Sonderrisiko gemäss Ziff. 10 ist nicht im Umfang der Einzelversicherung enthalten. Die Weiterführung der Versicherung erfolgt zu den im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife für die Einzelversicherung.
- 22.2 Der Versicherungsnehmer hat versicherten Personen, die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von 3 Monaten aufzuklären.

23 Unfallmeldung

**Versäumnis der Unfallmeldung
Nachzahlung und Rückforderung von Leistungen
Medizinalpersonen und Heilanstalten**
Es gelten die Bestimmungen des UVG.

24 Mitteilungen

- 24.1 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.
- 24.2 An die versicherten Personen:
Alle Mitteilungen an die versicherten Personen erfolgen durch den Versicherungsnehmer. Dieser hat die Pflicht, alle versicherten Personen über die wesentlichen Vertragsinhalte zu informieren.
- 24.3 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.
- 24.4 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.
- 24.5 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das allfällige Erlöschen der obligatorischen bzw. freiwilligen Versicherung nach UVG umgehend schriftlich mitzuteilen.

25 Gerichtsstand

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