

Unterer Graben 1
Postfach
9004 St. Gallen
Telefon 071 223 30 04
Telefax 071 223 30 06
info@swissgaranta.ch
www.swissgaranta.ch

Einzelunfallversicherung für Berufs- und Nichtberufsunfallversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 01.2011

INHALTSVERZEICHNIS

UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1** Gegenstand der Versicherung
- 2** Grundlagen des Vertrages
- 3** Örtlicher Geltungsbereich
- 4** Versicherte Personen
- 5** Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten
- 6** Versicherungsnehmer, Versicherter und Anspruchsberechtigter
- 7** Männliche und weibliche Form
- 8** Unfall und unfallähnliche Körperschädigung
- 9** Spital, Kuranstalt

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- 10** Übersicht
- 11** Pflegeleistungen und Kostenvergütungen
 - 11.1** Heilungskosten
 - 11.2** Hauspflege
 - 11.3** Hilfsmittel
 - 11.4** Sachschäden
 - 11.5** Reise-, Transport- und Rettungskosten
 - 11.6** Leichentransporte
 - 11.7** Höhe und Dauer der Leistungen
- 12** Spitaltaggeld
- 13** Taggeld
 - 13.1** Anspruch
 - 13.2** Wartefrist, teilweise Arbeitsunfähigkeit und Leistungsdauer
- 13.3** Spitalabzug des UVG-Versicherers
- 13.4** Leistungen Dritter
- 14** Invalidität
 - 14.1** Ermittlung des Invaliditätsgrades
 - 14.2** Ermittlung des Invaliditätskapitals
- 15** Todesfall

EINSCHRÄNKUNGEN DES DECKUNGSUMFANGES

- 16** Leistungsbegrenzungen bei Flugunfällen
- 17** Ausschlüsse
- 18** Kürzungen
 - 18.1** Grobfahrlässigkeit
 - 18.2** Unfallfremde Faktoren
 - 18.3** Verletzung von Obliegenheiten im Schadenfall
- 19** Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

BEGINN UND ENDE DES VERTRAGES

- 20** Vertragsbeginn
- 21** Vertragsdauer
- 22** Vertragsaufhebung
 - 22.1** Kündigung per Ablauf
 - 22.2** Kündigung im Schadenfall
 - 22.3** Kündigung bei Prämienanpassung
 - 22.4** Kündigung bei Anpassung der allgemeinen oder zusätzlichen Vertragsbedingungen

PRÄMIE

- 23** Prämienzahlung und Fälligkeit
- 24** Mahnung und deren Folgen
- 25** Rückerstattung der Prämie

OBLIEGENHEITEN BEI AUFNAHME IN DIE VERSICHERUNG UND IM SCHADENFALL

- 26** Obliegenheiten bei der Aufnahme
 - 26.1** Antrag
 - 26.2** Verweigerung von Leistungen
 - 26.3** Entbindung von der Schweigepflicht
 - 26.4** Änderung von Wohnsitz, beruflicher Tätigkeit
- 27** Obliegenheiten im Schadenfall
 - 27.1** Zweckmässige Behandlung
 - 27.2** Geltendmachung von Versicherungsleistungen
 - 27.3** Meldung über stationäre Aufenthalte
 - 27.4** Folgen der Verletzung von Anzeigepflichten und Obliegenheiten
- 28** Fälligkeit und Bezahlung von Versicherungsleistungen
- 29** Vorleistung und Regressrecht

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

- 30** Verrechnung
- 31** Verpfändung und Abtretung von Leistungen
- 32** Datenschutz
- 33** Mitteilungen
- 34** Gerichtsstand

UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer übernimmt in Ergänzung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) auf Basis einer Einzel- oder Kollektivversicherung die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen oder Berufskrankheiten, die der obligatorisch gegen Unfall Versicherte während der Vertragsdauer erleidet.

Im Rahmen einer freiwilligen Unfallversicherung kann ein Selbständigerwerbender beim Versicherer Versicherung nehmen.

2 Grundlagen des Vertrages

Die Grundlagen des Vertrages bilden alle schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer, der Versicherte und deren Vertreter im Antrag und in weiteren Schriftstücken abgeben.

Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Police, allfälligen Nachträgen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfälligen zusätzlichen Bedingungen (ZB) festgelegt.

Soweit in den vorerwähnten Grundlagen nichts erwähnt oder ausdrücklich geregelt ist, gilt die Bundesgesetzgebung, insbesondere das ATSG, das UVG und das VVG, allenfalls das KVG.

3. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt; ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein jedoch nur während Reisen und Aufenthalten bis maximal 12 Monate.

Bei einer Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein erlischt die Versicherung mit Ablauf des Versicherungsjahres.

4 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Einzelversicherungs- bzw. in der Kollektivversicherungspolice namentlich genannten Personen oder Personengruppen mit Wohnsitz in der Schweiz.

Das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal ist von der Versicherung ausgenommen.

5 Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten

Die Versicherung erstreckt sich auf Berufs- und Nichtberufsunfälle einschliesslich Berufskrankheiten, die sich während der Vertragsdauer ereignen bzw. verursacht werden und für die Grunddeckung gemäss UVG oder KVG besteht.

Ebenfalls mitversichert sind Unfälle im schweizerischen Militärdienst oder bei anderen unter die schweizerische Militärversicherung fallenden Tätigkeiten. Solche Unfälle gelten in Ergänzung als Nichtberufsunfälle im Sinne des UVG/KVG.

Schliesslich sind versichert Unfälle, für die eine freiwillige Unfallversicherung abgeschlossen wurde.

5 Versicherungsnehmer, Versicherter und Anspruchsberechtigter

Unter Versicherungsnehmer wird diejenige natürliche oder juristische Person verstanden, welche mit dem Versicherer einen Vertrag zur Erlangung der Deckung für die Unfallversicherung abschliesst.

Der Versicherte ist diejenige Person, auf die es für die Frage des Eintrittes des befürchteten Ereignisses ankommt.

Der Anspruchsberechtigte ist diejenige Person, welcher der Versicherungsanspruch zusteht.

7 Männliche und weibliche Form

Ist die Rede von Versicherungsnehmer, versicherter Person oder Anspruchsberechtigter, ist immer das weibliche und männliche Geschlecht gemeint.

8 Unfall und unfallähnliche Körperschädigung

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung dem Unfall gleichgestellt:

- Knochenbrüche
- Verrenkungen von Gelenken
- Meniskusrisse
- Muskelrisse
- Muskelzerrungen
- Sehnenrisse
- Bandläsionen
- Trommelfellverletzungen

Als Unfälle gelten auch:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen
- Ertrinken
- sofern der Versicherte sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen werden: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich und Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlung, ausgenommen Sonnenbrand.

Selbsttötung und der Versuch dazu gelten als Unfall, wenn die versicherte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln oder wenn die Handlung eindeutige Folge eines versicherten Unfalles war. Werden sie im Zustand verminderter Urteilsfähigkeit begangen, gelten sie als Krankheit.

9 Spital, Kuranstalt

Als Spital gelten ärztlich geleitete und überwachte Heilanstalten oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung von Unfallfolgen oder zur stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten.

Als Kuranstalt gelten psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

Nicht als Spital gelten Krankheime, Alters- und Pflegeheime, Sterbehospize und andere Heilanstalten, die nicht für die Behandlung von Akutkranken vorgesehen sind.

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

10 Übersicht

Versichert sind je nach Vereinbarung die in der Police aufgeführten Leistungen:

- Heilungskosten
- Spitaltaggeld
- Taggeld
- Invalidität
- Todesfall

11 Pflegeleistungen und Kostenvergütungen

11.1 Heilungskosten

Sind die Heilungskosten mitversichert, so übernimmt der Versicherer die folgenden, gemäss UVG bzw. KVG anerkannten, aber nicht gedeckten – weil über das Obligatorium hinausgehenden – Kosten für Heilmassnahmen, die durch einen patentierten Arzt oder Zahnarzt durchgeführt oder angeordnet werden sowie die Spitalkosten (je nach Vereinbarung in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung) und die Aufwendungen für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung bei ärztlich angeordneten Rehabilitationskuren, die mit Zustimmung des Versicherers durchgeführt werden. Für Unterkunft und Verpflegung ausserhalb einer Kuranstalt werden pro Person und Tag die ausgewiesenen Kosten, maximal aber Fr. 150.00 entschädigt.

11.2 Hauspflege

Ist nach ärztlicher Ansicht ein Spitalaufenthalt nötig, die Hospitalisierung aber nicht möglich oder kann ein Spitalaufenthalt nachweislich vermieden oder abgekürzt werden, vergütet der Versicherer bei Hauspflege an die Kosten von diplomiertem Pflegepersonal (ausgenommen Familienangehörige) anstelle des vereinbarten Spitaltaggeldes für die Dauer von längstens 180 Pflagetagen ein halbes Spitaltaggeld pro Unfall.

Diplomiertem Pflegepersonal gleichgestellt sind Pflegerinnen und Pfleger, die durch Krankenpflegevereine und Heimpflegeorganisationen zur Verfügung gestellt werden.

Nicht versichert sind Kosten, die von Haushalthilfen ohne Pflegefunktion verursacht werden.

11.3 Hilfsmittel

Die Auslagen für die erstmalige Anschaffung von Prothesen, Brillen, Hörapparaten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Mietkosten für Krankenmobilen sind versichert.

Versichert sind auch deren Reparatur oder der Ersatz zum Neuwert, sofern sie anlässlich eines Unfalles, der eine versicherte Heilbehandlung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört werden.

11.4 Sachschäden

Die Kosten für die durch einen Unfall verursachten Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, sind versichert.

Für Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur, wenn eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt. In Betracht fallen die Auslagen für die Reparatur oder den Ersatz zum Neuwert dieser Sachen.

11.5 Reise-, Transport- und Rettungskosten

Versichert sind die Kosten für

- alle infolge des Unfalles notwendigen Rettungs- und Bergungsmassnahmen am Unfallort
- alle infolge des Unfalles notwendigen Transporte an den Behandlungsort, mit Luftfahrzeugen jedoch nur, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind
- im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung des Versicherten unternommene Suchaktionen bis maximal Fr. 20'000.00

Erleidet der Versicherte im Ausland einen Unfall und wird eine Spitalbehandlung notwendig, durch welche die Rückkehr in die Schweiz um mindestens 14 Tage verzögert wird, so kann sich der Versicherte in ein schweizerisches Spital verlegen lassen. Der Versicherer übernimmt dabei die Kosten bis zum Höchstbetrag von Fr. 20'000.00 für solche Transporte, die den besonderen Umständen, namentlich der Natur der Verletzung und den allenfalls getroffenen medizinischen Massnahmen angemessen sind. Allfällige durch die Rückschaffung eingesparte Reisekosten bzw. Rückvergütungen infolge nicht benützter Bahn-, Flug- oder Schiffsbillette bzw. die Beiträge von Reiseversicherungen werden an die Leistungen angerechnet.

11.6 Leichentransporte

Die notwendigen Kosten bis höchstens Fr. 20'000.00 für die Überführung des tödlich Verunfallten an den Bestattungsort, einschliesslich der Kosten von amtlichen Grenzformalitäten, sind versichert.

Wird der Leichentransport durch einen Ehegatten oder einen Nachkommen des Verstorbenen begleitet, so werden die Reisekosten (Bahn 1. Klasse bzw. Economy-Flug) für eine Person übernommen. Leistungen anderer Versicherer werden angerechnet.

1.7 Höhe und Dauer der Leistungen

Der Versicherer übernimmt – von speziell geregelten Fällen abgesehen – Heilungskosten auf die Dauer von fünf Jahren ab Unfalltag und bis zum Maximalbetrag von CHF 2 Mio.

Leistungen Dritter ergänzt der Versicherer bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten.

Hat die versicherte Person das 70. Altersjahr erreicht, reduziert sich die Leistungsdauer in Ergänzung zum UVG/KVG auf zwei Jahre.

12 Spitaltaggeld

Für die Dauer des ärztlich verordneten Spital- oder Kuraufenthaltes infolge eines Unfalles bezahlt der Versicherer das vereinbarte Spitaltaggeld für höchstens 720 Tage innert 900 Tagen seit dem Unfall.

Für ärztlich verordnete Hauspflege gilt Ziff. 11.2. Als Spital- oder Kuraufenthalt gilt die Regelung gemäss Ziff. 9.

13 Taggeld

13.1 Anspruch

Für die Dauer der ärztlich bescheinigten, unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bezahlt der Versicherer das vereinbarte Taggeld, allenfalls in Ergänzung zum Taggeld des obligatorischen Unfallversicherers.

Feststellungen des obligatorischen Unfallversicherers betreffend Dauer und Ausmass der Arbeitsunfähigkeit sind verbindlich.

Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % ergibt keinen Anspruch auf Taggeld.

Der Anspruch erlischt mit der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, mit der Auszahlung einer Invaliditätsleistung gemäss Ziff. 14 oder mit dem Tod des Versicherten.

Erreicht die versicherte Person das 70. Altersjahr, wird das maximale Taggeld auf Fr. 20.00 herabgesetzt.

13.2 Wartezeit, Teilarbeitsfähigkeit und Leistungsdauer

Für den Unfalltag selbst und während der vereinbarten Wartezeit wird keine Entschädigung geleistet.

Bei der Ermittlung der Wartezeit werden Tage mit voller und teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet.

Der Versicherer bezahlt das Taggeld pro Unfall für höchstens 720 Tage innert 900 Tagen seit dem Unfall. Wird infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit ein reduziertes Taggeld ausgerichtet, verlängert sich die Leistungsdauer solange, längstens aber für 900 Tage, bis der Gesamtbetrag der auszurichtenden Tagelder bei voller Arbeitsunfähigkeit erreicht ist.

Taggeldleistungen und Invaliditätsleistungen können nicht kumuliert werden.

13.3 Spitalabzug des UVG-Versicherers

Der von der UVG-Versicherung vom Taggeld vorgenommene Unterhaltskostenabzug während eines Aufenthaltes im Spital oder in einer Heilanstalt wird durch diese Taggeldversicherung vergütet.

13.4 Leistungen Dritter

Leistungen anderer Versicherer (MV, UV, IV, Haftpflicht) ergänzt der Versicherer bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstaufalles bzw. höchstens bis zum vereinbarten Taggeld. Diese Anrechnung gilt auch für Leistungen entsprechender Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein und im übrigen Ausland.

Erbringt der Versicherer anstelle eines haftpflichtigen Dritten Leistungen zur Deckung des Verdienstaufalles, tritt sie im Umfange ihrer Leistungen in die Rechte des Versicherten oder Anspruchsberechtigten ein.

Bestehen zur Deckung des Verdienstaufalles mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, wird der Verdienstaufall aus diesem Vertrag im Verhältnis zu den von allen beteiligten Gesellschaften zusammen garantierten Leistungen gedeckt.

14 Invalidität

Tritt als Folge eines Unfalles innerhalb von fünf Jahren eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität ein, so zahlt der Versicherer unabhängig von Leistungen anderer Versicherer das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme und der Progressionstabelle bestimmt. Eine allenfalls durch das Unfallereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt.

Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Der Anspruch erlischt mit dem Tod der versicherten Person.

14.1 Ermittlung des Invaliditätsgrades

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die folgenden Grundsätze verbindlich:

a. Als Ganzinvalidität gilt der Verlust oder die volle Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust einer Hand und eines Fusses, die gänzliche Lähmung, die völlige Erblindung und die unheilbare, jedes vernunftgemässe Handeln ausschliessende Geistesstörung.

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht und aufgrund folgender Tabelle festgelegt wird:

Oberarm	70%
Unterarm	65%
Hand	60%
Daumen mit Mittelhandglied	25%
Daumen, Mittelhandglied erhalten	22%
vorderstes Glied des Daumens rechts	10%
Zeigefinger	15%
Mittelfinger	10%
Ringfinger	10%
Kleinfinger	7%
ein Bein im Oberschenkel	60%
ein Bein im Kniegelenk oder Unterschenkel	50%
ein Fuss	45%
eine Grossezehe	8%
übrige Zehen je	3%
Sehkraft eines Auges	30%
Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des andern Auges vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren war	50%
Gehör auf beiden Ohren	60%
Gehör auf einem Ohr	15%
Gehör auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren war	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%
Niere	20%
Milz	5%
sehr starke, schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%

b. Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.

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

d. Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100% betragen kann, durch Addition der Prozentsätze ermittelt.

e. Ist die versicherte Person vor dem Unfall unfallbedingt invalid gewesen, bezahlt der Versicherer die Differenz zwischen dem Kapital, das aufgrund des gesamthaften Invaliditätsausmasses errechnet wird.

f. In vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades nach den gleichen Richtlinien wie die Bemessung des Integritätschadens gemäss UVG.

g. Die endgültige Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes des Versicherten.

Der Versicherer darf jedoch frühestens fünf Jahre nach dem Unfall den Invaliditätsgrad abschliessend feststellen lassen. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Feststellung ermittelt. Nach dieser Feststellung eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, bleiben unbeachtlich.

14.2 Ermittlung des Invaliditätskapitals

Das Invaliditätskapital wird, wenn das Kapital progressiv versichert ist, wie folgt berechnet:

Progressionstabelle (max. 225%)

Inv.grad/Leistung	Inv.grad/Leistung	Inv.grad/Leistung	Inv.grad/Leistung	Inv.grad/Leistung	Inv.grad/Leistung
1	1	35	45	69	132
2	2	36	47	70	135
3	3	37	49	71	138
4	4	38	51	72	141
5	5	39	53	73	144
6	6	40	55	74	147
7	7	41	57	75	150
8	8	42	59	76	153
9	9	43	61	77	156
10	10	44	63	78	159
11	11	45	65	79	162
12	12	46	67	80	165
13	13	47	69	81	168
14	14	48	71	82	171
15	15	49	73	83	174
16	16	50	75	84	177
17	17	51	78	85	180
18	18	52	81	86	183
19	19	53	84	87	186
20	20	54	87	88	189
21	21	55	90	89	192
22	22	56	93	90	195
23	23	57	96	91	198
24	24	58	99	92	201
25	25	59	102	93	204
26	27	60	105	94	207
27	29	61	108	95	210
28	31	62	111	96	213
29	33	63	114	97	216
30	35	64	117	98	219
31	37	65	120	99	222
32	39	66	123	100	225
33	41	67	126		
34	43	68	129		

Ab AHV-Alter gilt in jedem Fall die einfache Invaliditätsdeckung.

Erreicht die versicherte Person das 70. Altersjahr, wird das maximale, einfache Invaliditätskapital auf Fr. 20'000.00 herabgesetzt.

15 Todesfall

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

Stirbt ein versichertes Kind, bevor es 2 ½ Jahre alt ist, so beträgt die Todesfallsumme höchstens Fr. 2'500.00.

Ist die versicherte Person unter 20 oder über 70 Jahre alt, so beträgt die Todesfallsumme höchstens Fr. 10'000.00.

Der Versicherte kann durch schriftliche Mitteilung an den Versicherer Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung widerrufen oder abgeändert werden.

Fehlt es an einer besonderen Bezeichnung, so gelten nacheinander und ausschliesslich als begünstigt:

- Der überlebende Ehegatte. Wurde die Ehe nach dem Unfall geschlossen, besteht der Anspruch, wenn sie vor dem Unfall verkündet war oder beim Tod des Versicherten mindestens zwei Jahre gedauert hat.
- Die Kinder, Stief- oder Adoptivkinder
- Die Eltern

Sind keine Anspruchsberechtigten vorhanden, zahlt der Versicherer nur die Bestattungskosten bis maximal 10% der Todesfallsumme, höchstens aber Fr. 10'000.00.

Anspruchsberechtigte Hinterlassene erhalten die Todesfallleistung auch dann, wenn sie die Erbschaft ausgeschlagen haben. Die Leistung fällt nicht in den Nachlass.

EINSCHRÄNKUNGEN DES DECKUNGSUMFANGES

16 Leistungsbegrenzungen bei Flugunfällen

Für Unfälle, die der Versicherte bei Flügen erleidet, sind die für den Invaliditäts- und Todesfall versicherten Leistungen des Versicherers aus allen zugunsten des Versicherten abgeschlossenen Unfallversicherungen, soweit sie das Flugrisiko ohne besondere Prämie decken, beschränkt auf Fr. 500'000.00 im Todesfall und auf Fr. 1'000'000.00 bei Invalidität mit einem Grad von 100%, mit entsprechender Abstufung bei geringeren Invaliditätsgraden. Leistungen anderer Versicherer werden auf diese Höchstsummen angerechnet.

17 Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle

- a. welche bereits bei Vertragsbeginn bestehen;
- b. infolge Krieg, Bürgerkrieg und / oder kriegsähnlicher Zustände:
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein und / oder angrenzenden Staaten;
 - 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 der Versicherte sich aufhält und er sei vom Ausbruch kriegerischer Ereignisse dort überrascht worden;
- c. infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- d. infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - Ausländischer Militärdienst;
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, Ausübung von Verbrechen;
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- e. infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten oder des Versuchs dazu;
- f. infolge Einwirkung ionisierender Strahlen oder Schäden aus Nuklearenergie. Eine Deckung in diesen Fällen besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalles;
- g. bei welchen der Versicherte einen Blutalkoholgehalt von 1.5 Gewichtsprozent oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall;
- h. als Folge von Wagnissen (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.);
- i. Infolge Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die sich der Versicherte absichtlich selbst zufügt oder zuzufügen versucht. Eine Deckung in diesen Fällen besteht jedoch, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln oder wenn die Selbsttötung, der Versuch dazu bzw. die Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu eindeutige Folge eines versicherten Unfalles war;
- j. infolge vorgeburtlicher Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- k. infolge ärztlich nicht verordneter Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischen Substanzen sowie Alkoholmissbrauch;
- l. infolge ärztlich verordneter Heroinabgabe;
- m. als Folge ärztlicher und chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig waren;

- n. bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgrenadier;
- o. bei militärischen Fallschirmabsprüngen;
- p. bei Luftfahrten mit Hängegleitern, Gleitschirmen oder ähnlichen Geräten und Fallschirmen, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitze der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist. Der Ausschluss gilt auch für Passagiere, welche gewusst haben oder nach den Umständen hätten wissen müssen, dass für den Führer und seine Passagiere die vorerwähnten Vorschriften nicht eingehalten sind oder die Bewilligungen nicht vorliegen.

Von dieser Versicherung sind gesetzliche und reglementarische Franchisen und Kostenbeteiligungen der Versicherten bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie Leistungskürzungen anderer Versicherungen ausgeschlossen.

18 Kürzungen

18.1 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Unfalles die Leistungen zu kürzen.

18.2 Unfallfremde Faktoren

Beeinflussen unfallfremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalles oder der Unfallfolgen, so schuldet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden, rein unfallbedingten Teil der vereinbarten Leistungen.

Bei der Unfallversicherung für Tod und Invalidität werden die den Verlauf der Unfallfolgen erschwerenden, unfallfremden Faktoren, wie vorbestehende psychische oder körperliche Krankheiten und Gebrechen, schon bei der Festlegung des Invaliditätsgrades und nicht erst bei der Festsetzung des Invaliditätskapitals berücksichtigt.

18.3 Verletzung von Obliegenheiten im Schadenfall

Bei schuldhafter Verletzung der den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten treffenden Obliegenheiten ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsleistungen um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei Beachtung der Obliegenheiten gemindert haben würden.

19 Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

Hat eine zum Bezug des Todesfallkapitals berechnete Person den Tod des Versicherten durch Verübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme. Diese wird den anderen Bezugsberechtigten im Sinne von Ziff. 15 ausgerichtet.

BEGINN UND ENDE DES VERTRAGES

20 Vertragsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police oder in der schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers vereinbarten Datum. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an die Offerte gebunden. Die Frist beginnt mit der Übergabe oder Abänderung des Antrages an den Versicherer.

21 Vertragsdauer

Für den Versicherten gilt die in der Police vereinbarte Dauer. Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er von keiner Partei fristgerecht gekündigt wird (vgl. Ziff. 22.1).

22 Vertragsaufhebung

22.1 Kündigung per Ablauf

Nach Ablauf der vereinbarten Dauer und später auf das Ende eines jeden Versicherungsjahres kann der Vertrag durch beide Parteien schriftlich drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn Sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist dem Versicherer bzw. dem Versicherungsnehmer zugekommen ist.

22.2 Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme den Vertrag schriftlich kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.

Der Versicherer kann bei Auszahlung von Versicherungsleistungen den Vertrag schriftlich kündigen. Hebt der Versicherer den Vertrag auf, so erlischt die Haftung vierzehn Tage nach dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.

22.3 Kündigung bei Prämienanpassung und bei Vertragsänderung im Alter

Änderungen der Prämientarife werden dem Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Beginn des neuen Versicherungsjahres mitgeteilt. Bei Anpassung der Prämien hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag in seiner Gesamtheit oder nur in Bezug auf die Leistungsart, deren Prämie erhöht wurde, auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag in dem vom Versicherungsnehmer bestimmten Umfang mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen. Verzichtet der Versicherungsnehmer auf die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

Werden Leistungen infolge Vollendung des 70. Altersjahres herabgesetzt (vgl. Ziffern 11.7, 13.1, 14.2, 15), so macht der Versicherer der versicherten Person hievon mindestens 30 Tage vor dem Erreichen des 70. Altersjahres Anzeige. Kündigt die versicherte Person danach nicht spätestens bis zum Ende desjenigen Monats, in dem er das 70. Altersjahr vollendet, wird – unter entsprechender Prämienanpassung – das Vertragsverhältnis mit den neu geltenden Höchstversicherungssummen fortgesetzt. Für die Rechtzeitigkeit der Kündigung gilt Ziff. 22.1 analog.

22.4 Kündigung bei Anpassung der allgemeinen oder zusätzlichen Vertragsbedingungen

Wenn es die Verhältnisse erfordern, kann der Versicherer die allgemeinen und allenfalls die zusätzlichen Vertragsbedingungen auf den Beginn eines neuen Versicherungsjahres ändern.

Macht der Versicherer von diesem Recht während der Vertragsdauer Gebrauch, gelten für ihn und den Versicherungsnehmer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer diese Anpassungen mindestens 30 Tage vor Beginn des neuen Versicherungsjahres schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit den Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechende Versicherung oder den gesamten Vertrag auf das Datum der Anpassung kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tage des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen. Verzichtet der Versicherungsnehmer auf die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

PRÄMIE

23 Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien, die aufgrund der Angaben in der Police berechnet werden, sind halbjährlich im Voraus zu entrichten und jeweils am 1. Januar und am 1. Juli zur Zahlung fällig.

24 Mahnung und deren Folgen

Wird die Prämie innerhalb von 30 Tagen vom Verfalldatum an gerechnet nicht entrichtet, fordert der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich auf, innert 14 Tagen vom Datum der Mahnung an gerechnet Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

Fordert der Versicherer die rückständigen Prämien nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist ein, so wird angenommen, er trete unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie vom Vertrag zurück.

Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, da die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt ist, wieder auf. Der Versicherungsnehmer hat auf seine Kosten den Nachweis eines guten Gesundheitszustandes zu erbringen. Allfällige Einschränkungen des Deckungsumfanges gemäss Ziff. 16 bis 18 sind beachtlich. Ferner wird der Versicherer für Versicherungsfälle, die sich nach Ablauf der Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

25 Rückerstattung der Prämie

Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer im Voraus bezahlt wurde und wird der Vertrag aus einem gesetzlichen oder vertraglichen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben, zahlt der Versicherer die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.

OBLIEGENHEITEN BEI AUFNAHME IN DIE VERSICHERUNG UND IM SCHADENFALL

26 Obliegenheiten bei der Aufnahme

26.1 Antrag

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der gefahrerheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig

mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit dem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

26.2 Verweigerung von Leistungen

Wird der Vertrag infolge Anzeigepflichtverletzung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt die Leistungspflicht des Versicherers auch für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrtatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistung schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

26.3 Entbindung von der Schweigepflicht

Die Antragsteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden und diese zu ermächtigen, dem Versicherer jede verlangte Auskunft zu erteilen.

26.4 Änderung von Wohnsitz, beruflicher Tätigkeit

Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihre berufliche Tätigkeit, ist der Versicherte davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

27 Obliegenheiten im Schadenfall

27.1 Zweckmässige Behandlung

Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.

27.2 Geltendmachung von Versicherungsleistungen

Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer sämtliche Rechnungen von Spitälern, Ärzten, medizinischem Personal etc. einzureichen. Es werden nur Originalbelege akzeptiert. Ausserdem kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege etc. einverlangen.

27.3 Meldung über stationäre Aufenthalte

Der Eintritt in ein Akutspital, eine psychiatrische Klinik oder eine Heilanstalt ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innert 5 Tagen, anzuzeigen. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen.

27.4 Folgen der Verletzung von Anzeigepflichten und Obliegenheiten

Werden im Schadenfall die gebotenen Anzeigepflichten oder Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer die Leistungen verweigern oder nach seinem Ermessen festlegen.

Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Anzeigepflichtverletzung den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist.

28 Fälligkeit und Bezahlung von Versicherungsleistungen

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag werden mit Ablauf von vier Wochen vom Zeitpunkt an fällig, da dem Versicherer Angaben gemacht und Unterlagen und ärztliche Zeugnisse zur Verfügung gestellt worden sind, so dass sich der Versicherer von Richtigkeit und Umfang der geltend gemachten Ansprüche überzeugen konnte.

Anspruchsberechtigt ist mit Ausnahme der Todesfallsumme die versicherte Person.

29 Vorleistung und Regressrecht

Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung entrichten, dass ihm die Versicherten ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtreten und sich verpflichten, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegen stünde.

Treffen Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, mit welcher sie teilweise oder ganz auf Versicherungs- und/oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer dahin.

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

30 Verrechnung

Der Versicherer hat das Recht, fällige Versicherungsleistungen mit ihm vom Versicherungsnehmer geschuldeten Prämien zu verrechnen.

Die Versicherungsnehmer haben gegenüber dem Versicherer keinerlei Verrechnungsrecht.

31 Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung des Versicherers können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

32 Datenschutz

Der Versicherer verwendet personenbezogene Informationen der versicherten Person für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Beratung und Betreuung, aber auch, um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen laufend zu verbessern.

Die dem Versicherer bekannten Daten des Versicherten können im Interesse der Kunden mathematisch und statistisch ausgewertet werden.

Der Versicherer gibt grundsätzlich ohne Zustimmung des Versicherten keinerlei personenbezogene Informationen an Dritte bekannt. Ausnahmen bestehen nur in Fällen, bei denen die Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Vorschrift entweder ausdrücklich vorgeschrieben oder erlaubt ist oder wenn zur Abwicklung und Erfüllung des vorliegenden Vertrages Partnerunternehmen, z.B. Rückversicherer, beigezogen werden oder beigezogen werden müssen.

Die Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, als es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen zwingend erfordern. Anschliessend werden diese Daten gelöscht bzw. vernichtet.

33 Mitteilungen

Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

34 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind die Gerichte am Sitz des Versicherers (St. Gallen) zuständig.

