

Ausgabe 1999/2007

Kollektive Unfallversicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

- Nicht UVG-versicherte Arbeitnehmer
- Vereine
- Veranstaltungen



Inhaltsverzeichnis

Umfang des Versicherungsschutzes

- 1 Inhalt des Vertrages
- 2 Versicherte Personen
- 3 Räumliche Geltung
- 4 Unfallbegriff
- 5 Versicherte Unfälle
- 6 Nicht versicherte Unfälle

Versicherungsleistungen

- 7 Heilungskosten
- 8 Spitaltaggeld
- 9 Taggeld
- 10 Invalidität
- 11 Todesfall
- 12 Unfallfremde Umstände/
Anrechnung auf Haftpflichtansprüche
- 13 Verzicht auf Kürzung bei Grobfahrlässigkeit

Allgemeine Bestimmungen

- 14 Beginn und Ende der Versicherung
- 15 Kündigung im Schadenfall
- 16 Bezug der Prämien
- 17 Änderung des Prämientarifs
- 18 Verhaltenspflichten im Schadenfall

Schlussbestimmungen

- 19 Mitteilungen und Informationspflicht
- 20 Gerichtsstand
- 21 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 Kollektiven Unfallversicherung ist die Helsana Unfall AG (nachfolgend «der Versicherer» genannt).



Umfang des Versicherungsschutzes

1 Inhalt des Vertrages

Der Versicherer erbringt die in der Police bezeichneten Leistungen für Folgen von Unfällen, die der Versicherte während der Vertragsdauer erleidet.

2 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen, ausgenommen

- das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
- Personen, die als Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers obligatorisch dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) unterstehen.

3 Räumliche Geltung

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein hat die Versicherung für Aufenthalte bis zu 12 Monaten Gültigkeit.

4 Unfallbegriff

4.1 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.

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

- a) Knochenbrüche
- b) Verrenkungen von Gelenken
- c) Meniskusrisse
- d) Muskelrisse
- e) Muskelzerrungen
- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen

4.3 Keine Körperschädigung im Sinne von Ziff. 4.2 stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Als Unfälle gelten nicht:

- Krankheiten aller Art;
- Selbstmord, Selbstverstümmelung und der Versuch dazu, es sei denn, diese Handlungen werden im Zustand unverschuldeter voller Urteilsunfähigkeit begangen;
- Folgen lediglich psychischer Einwirkungen.

5 Versicherte Unfälle

5.1 Nicht UVG-versicherte Arbeitnehmer

Die Versicherung erstreckt sich auf Berufsunfälle.

Nur wenn eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde, gilt die Versicherung auch für Nichtberufsunfälle. Versicherbar sind jedoch nur Personen, deren wöchentliche Arbeitszeit im versicherten Betrieb mindestens 8 Stunden beträgt.

Als Berufsunfälle gelten Unfälle, die sich ereignen:

- während einer Tätigkeit für den versicherten Betrieb bzw. während der Erfüllung der versicherten Funktionen;
- während der Arbeitspausen, sofern sie auf dem Betriebsgelände verbracht werden;
- auf dem Arbeitsweg.

Alle übrigen Unfälle sind Nichtberufsunfälle.

5.2 Vereine

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle der Aktivmitglieder anlässlich der statutarischen Vereinstätigkeit und anderer Veranstaltungen, an denen der Verein teilnimmt oder die von ihm organisiert werden, wie z.B. Proben, Umzüge, Ausflüge, Aufführungen und Arbeitseinsätze. Der Hin- und Rückweg zum bzw. vom Ort der Vereinstätigkeit oder der Veranstaltung ist nur aufgrund besonderer Vereinbarung mitversichert.

Nicht versichert sind Unfälle anlässlich des individuellen Trainings ausserhalb der eigentlichen Vereinstätigkeit.

5.3 Veranstaltungen

Versichert sind Unfälle während der Tätigkeit für die auf der Police aufgeführte Veranstaltung. Der Weg zu und von der Veranstaltung ist nicht versichert.

6 Nicht versicherte Unfälle

- 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 der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und -booten sowie Trainingsfahrten auf der Rennstrecke;
 - 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 gemäss UVG begründen.
- c) Im übrigen verzichtet der Versicherer auf Leistungskürzungen und Verweigerungen bei Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit oder Wagnisse zurückzuführen sind.

Versicherungsleistungen

7 Heilungskosten

7.1 Anspruch

Sind die Heilungskosten versichert, vergütet der Versicherer nachstehende Kosten:

- a) Die notwendigen Auslagen für Heilungsmassnahmen, die durch einen Arzt oder Zahnarzt durchgeführt oder angeordnet werden, sowie die Spitalkosten (auch bei Aufenthalt in der Privatabteilung) und die Aufwendungen für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung bei ärztlich verordneten Kuren, die mit Zustimmung des Versicherers durchgeführt werden;
- b) Während der Dauer der ärztlichen Behandlung die Kosten bei Hauspflege (z.B. Betreuung, Besorgung des Haushalts) für eine nicht mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebende Pflegeperson 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. 7.1 a) AVB zur Folge hat;
- d) die Auslagen für die durch den Unfall bedingten Transporte des Versicherten, 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 dem Versicherten 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 oder von Erschöpfung ist;
 - Such- und Rettungsaktionen zugunsten des Versicherten bis höchstens CHF 20 000.–.

- f) Ferner übernimmt der Versicherer die Auslagen für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) der bei einem entschädigungspflichtigen Unfall beschädigten Kleider des Versicherten 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 2 000.– pro Unfall.
- g) Auf Wunsch des Versicherten leistet der Versicherer Kostengutsprache. Diese wird abgegeben, sobald die Leistungspflicht des Versicherers feststeht.

7.2 Einschränkung im Ausland

Im Ausland entstandene Aufwendungen bezahlt der Versicherer nur, wenn der Versicherte dort verunfallt, und zwar nach den dort ortsüblichen Ansätzen.

7.3 Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten auch Leistungen gemäss UVG, der Eidgenössischen Militärversicherung (MV) oder der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zu oder hat ein haftpflichtiger Dritter solche erbracht, ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten. Er bezahlt höchstens die in Ziff. 7.1 AVB hievon umschriebenen Kosten. Diese Bestimmung ist auch auf entsprechende Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein und im übrigen Ausland anwendbar. Bestehen für Heilungskosten mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, werden die versicherten Kosten aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen vergütet. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch die bei einer konzessionierten Gesellschaft allenfalls bestehende Versicherung gemäss UVG.

8 Spitaltaggeld

8.1 Anspruch

Für die Dauer eines ärztlich verordneten, medizinisch notwendigen Aufenthaltes in einem Spital oder einer Kuranstalt bezahlt der Versicherer das vereinbarte Spitaltaggeld.

Anstelle des Spitaltaggeldes vergütet der Versicherer bei Hauspflege (z.B. Pflege des Verunfallten; Besorgung des Haushaltes) die Kosten des Pflegepersonals (ohne Familienangehörige), pro Tag jedoch höchstens das halbe Spitaltaggeld. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass nach ärztlicher Ansicht ein Spitalaufenthalt notwendig wäre, die Hospitalisierung aber nicht möglich oder ein Spitalaufenthalt nachweisbar abgekürzt oder vermieden worden ist.

Für Spital- und Kuraufenthalte im Ausland bezahlt der Versicherer das Spitaltaggeld nur, wenn der Versicherte dort verunfallt.

8.2 Leistungsdauer

Der Versicherer bezahlt das Spitaltaggeld pro Unfall für höchstens 1800 Tage für Spital- und Kuraufenthalte zusammen.

Bei Hauspflege werden pro Unfall zusätzlich die Kosten für höchstens 200 Pflage tage übernommen.



9 Taggeld

- 9.1 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.
- 9.2 Ist der Versicherte nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt der Versicherer bei voller Arbeitsunfähigkeit das im Vertrag aufgeführte Taggeld.
- 9.3 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit richtet sich die Höhe des Taggelds nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Ermittlung der Wartezeit und der Leistungsdauer voll.
- 9.4 Das Taggeld wird pro Unfall während der Dauer von höchstens 720 Tagen innert fünf Jahren seit dem Unfalltag bezahlt. Es wird vom vereinbarten Tag nach dem Unfalltag an ausgerichtet.
- 9.5 An Versicherte unter 16 Jahren bezahlt der Versicherer höchstens den effektiven Verdienstaussfall.

10 Invalidität

10.1 Invaliditätskapital

Wird der Versicherte als Folge eines Unfalles voraussichtlich lebenslanglich invalid, so entrichtet der Versicherer das Invaliditätskapital. Es wird errechnet aufgrund des Invaliditätsgrades, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante. Dabei ist unerheblich, ob und in welchem Ausmass ein Erwerbsausfall entsteht.

10.2 Invaliditätsgrad

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, wenn dasjenige auf dem andern Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	45 %
einer Niere	20 %
der Milz	5 %
des Geruchsinns	3 %
des Geschmacksinns	3 %

- b) Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad angenommen.
- c) Werden gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, so erfolgt die Ermittlung des Invaliditätsgrades, welcher aber höchstens 100 % betragen kann, durch Addition der einzelnen Verluste.
- d) Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades in Anlehnung an obige Prozentsätze.
- e) Schwerere Unfallfolgen aufgrund von Körpermängeln, die schon vorher bestanden, geben keinen Anspruch auf ein höheres Invaliditätskapital. 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. 10.2 a) AVB betreffend den Verlust der Sehkraft und des Gehörs.

10.3 Leistungsvarianten

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

Varianten aufgrund des Ein- bzw. Mehrfachen der Versicherungssumme:

	Variante A	Variante B
für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	1 fach	1 fach
für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	2fach	3fach
für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades:	3fach	5fach



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

Invaliditäts-grad			Leistungs-variante			Invaliditäts-grad			Leistungs-variante			Invaliditäts-grad			Leistungs-variante		
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									

10.4 Auszahlung in Rentenform

Sofern der Versicherte dies wünscht oder wenn er zum Zeitpunkt des Unfalls das 65. Lebensjahr vollendet hat, bezahlt der Versicherer anstelle des Kapitals eine lebenslängliche Rente.

Die Höhe der Jahresrente richtet sich nach dem Alter des Versicherten bei Beginn ihrer Auszahlung und dem gemäss Ziff. 10.1 bis 10.3 AVB ermittelten Invaliditätskapital.

Sie beträgt für CHF 1 000.– Invaliditätskapital:

Alter	CHF	Alter	CHF
16 – 27	45.–	57	73.–
28 – 32	48.–	58	75.–
33 – 37	50.–	59	77.–
38 – 42	53.–	60	79.–
43 – 45	56.–	61	81.–
46 – 48	59.–	62	84.–
49 – 51	62.–	63	86.–
52 – 54	66.–	64	89.–
55	70.–	65 und älter	92.–
56	71.–		

Die Rente wird vierteljährlich im Voraus bezahlt.

10.5 Fälligkeit

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

11 Todesfall

Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, 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 gemäss UVG rentenberechtigten Pflegekinder;
- die Eltern.

Sind keine der genannten Hinterbliebenen vorhanden, so vergütet der Versicherer die Bestattungskosten bis zu 10 % der Todesfallsumme.

Für Versicherte, 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.

12 Unfallfremde Umstände/

Anrechnung auf Haftpflichtansprüche

- 12.1 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 entsprechend der unfallbedingten Verursachung aufgrund ärztlicher Gutachten festgesetzt. Dasselbe gilt sinngemäss für die Festlegung des Todesfallkapitals.

- 12.2 Die aus dieser Versicherung erbrachten Leistungen werden in dem Verhältnis, in welchem der Versicherungsnehmer für die Prämie aufgekommen ist, auf seine Haftpflicht und jene der anderen Betriebsangehörigen bzw. Aktivmitglieder von Vereinen angerechnet.

13 Verzicht auf Kürzung bei Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Recht, seine Leistungen zu kürzen, wenn der Unfall grobfahrlässig herbeigeführt worden ist.

Allgemeine Bestimmungen

14 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.
- 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 Konkursöffnung des Versicherungsnehmers;
 - Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
 - Einstellung des Betriebs;
 - zum Zeitpunkt der Handänderung.



15 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.

16 Bezug der Prämien

Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im voraus am vereinbarten Verfalltag zur Zahlung fällig.

Bei Teilzahlung bleiben die noch nicht bezahlten Raten einer Jahresprämie geschuldet. Der Versicherer kann für jede Rate einen Zuschlag erheben.

Ist die Jahresprämie eine vorläufige Vorausprämie, wird die definitive Prämie aufgrund der vom Versicherungsnehmer jährlich zu liefernden Angaben berechnet. Hiefür erhält der Versicherungsnehmer jeweils vom Versicherer ein Deklarationsformular. Zur Überprüfung der Angaben kann der Versicherer Einsicht in alle massgeblichen Unterlagen nehmen. Nach- oder Rückprämien werden mit der Zustellung der Abrechnung an den Versicherungsnehmer fällig.

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 entfallenden Prämie zurück.

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 Änderung des Prämientarifs

Ändert während der Vertragsdauer der Prämientarif, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. In diesem Fall muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt geben.

Der Versicherungsnehmer hat hierauf 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 der Versicherungsnehmer 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.

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

18 Verhaltenspflichten im Schadenfall

- Führt ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Pflege zu sorgen. Den ärztlichen Anordnungen ist Folge zu leisten. Der Versicherte ist verpflichtet, sich einer Untersuchung durch vom Versicherer beauftragte Ärzte zu unterziehen;
- hat der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte dem Versicherer dies auf dem zur Verfügung gestellten Formular unverzüglich mitzuteilen. Von einem Todesfall ist der Versicherer so zeitig zu benachrichtigen, dass er vor der Bestattung auf seine Kosten eine Sektion veranlassen kann, sofern für den Tod noch andere Ursachen als der Unfall möglich sind. Die anspruchsberechtigten Hinterlassenen haben in die Sektion einzuwilligen.

Werden Verhaltenspflichten schuldhaft verletzt und dadurch die Feststellung oder das Ausmass der Unfallfolgen beeinflusst, kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Eine Kürzung entfällt jedoch, wenn das vertragswidrige Verhalten auf die Feststellung und das Ausmass der Unfallfolgen nachweisbar keinen Einfluss ausgeübt hat.

Schlussbestimmungen**19 Mitteilungen und Informationspflicht****19.1 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.

19.2 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.

19.3 An den Versicherer:

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

19.4 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomizil, seine Ansprechstelle, die Art des Betriebes oder ändern die Besitzverhältnisse der Unternehmung, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.**20 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.

21 Rechtsgrundlage

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

