

Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 02.2016

Inhaltsverzeichnis

I	Begriffe und Inhalt	2	III	Prämien	4
1	Vertragsgrundlagen	2	13	Anfangsprämie und Prämienanpassungen nach Tarifaltersgruppen	4
2	Versicherte Personen	2	14	Änderung der Prämientarife	4
3	Örtlicher Geltungsbereich	2	15	Mahnung und Zahlungsverzug	4
4	Altersgrenze – Anpassung der Versicherung	2	IV	Verschiedene Bestimmungen	5
5	Unfallbegriff	2	16	Anzeigepflicht	5
II	Leistungen des Versicherers	2	17	Ärztliche Behandlung	5
6	Versicherungssummen	2	18	Folgen bei vertragswidrigem Verhalten	5
7	Anspruchsberechtigte im Todesfall	2	19	Vertragsdauer, Kündigung	5
8	Invaliditätsfall	2	20	Mitteilungen an den Versicherer	5
9	Umschulungskosten	4	21	Erfüllungsort und Gerichtsstand	5
10	Ausschlüsse	4	22	Anwendbares Recht	5
11	Mitwirkung unfallfremder Zustände	4			
12	Gutachten	4			

I Begriffe und Inhalt

1 Vertragsgrundlagen

Die Grundlagen dieses Vertrages bilden der Versicherungsvertrag (bestehend aus dem Versicherungsantrag, der Police, den massgebenden Versicherungsbedingungen AVB sowie die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG) zwischen der CSS Versicherung AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern (nachfolgend Versicherer genannt) und der versicherten Person.

2 Versicherte Personen

Zum Abschluss einer Versicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall (UTI) sind Personen mit Wohnsitz in der Schweiz berechtigt.

3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt für Berufs- und Nichtberufsunfälle auf der ganzen Welt, ausserhalb Europa jedoch nur während Reisen und Aufhalten bis zu maximal 3 Jahren.

4 Altersgrenze – Anpassung der Versicherung

In diese Versicherung werden Personen bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem das 65. Altersjahr vollendet wird, aufgenommen.

Nach dem voll endeten 70. Altersjahr gelten folgende Höchstversicherungssummen:
Im Todesfall CHF 20 000
Im Invaliditätsfall CHF 40 000, Progressionsvariante A 225% gemäss Ziffer 8

Die Versicherungssummen werden nach Erreichen des 70. Altersjahr ab dem darauffolgenden Kalenderjahr entsprechend herabgesetzt.

Ist die versicherte Person mit der Herabsetzung der Leistungen nicht einverstanden, so erlischt der Vertrag auf Ende des Kalenderjahres für die betreffende versicherte Person, in welchem dieselbe das 70. Altersjahr vollendet hat.

5 Unfallbegriff

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. Die Haftung für einen Gesundheitsschaden besteht nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Der adäquate Kausalzusammenhang ist nach sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen und nach sozialversicherungsrechtlicher Rechtsprechung zu prüfen.

Die CSS gewährt Versicherungsschutz für Unfälle, die während der Vertragsdauer eintreten und während der Vertragsdauer angemeldet werden.

Folgende Gesundheitsschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Krankheit oder Degeneration zurückzuführen sind:

- a) Knochenbrüche;
- b) Verrenkungen von Gelenken;
- c) Meniskusrisse;
- d) Muskelrisse;
- e) Muskelzerrungen;
- f) Sehnenrisse;
- g) Bandläsionen;
- h) Trommelfellverletzungen;
- i) Erfrierungen;
- j) Hitzschlag;
- k) Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand;

l) Zahnbruchschäden

Nicht als Unfälle gelten:

Krankheiten aller Art, insbesondere Infektionskrankheiten, Strahleneinwirkung jeder Art, Schäden durch Heilmassnahmen, die nicht durch einen versicherten Unfall bedingt sind.

Flugunfälle:

Die Versicherung erstreckt sich auf Unfälle, die der versicherten Person als Passagier, Pilot, anderes Besatzungsmitglied, Fluglehrer und Flugschüler von Luftfahrzeugen jeder Art, inkl. Deltasegler, Fallschirmspringer und Gleitschirmflieger, soweit sie behördlich zum Verkehr zugelassen sind, zustossen. Ausgeschlossen bleiben Unfälle aus vorsätzlichen Verstössen gegen behördliche Vorschriften sowie bei Fehlen der erforderlichen amtlichen Ausweise und Bewilligungen. Die Haftung des Versicherers für alle versicherten Personen, die sich im gleichen Luftfahrzeug befinden, ist auf CHF 2 Millionen im Todesfall und auf CHF 4 Millionen im Invaliditätsfall begrenzt.

II Leistungen des Versicherers

6 Versicherungssummen

- 6.1 Die Versicherungssummen gehen aus der Versicherungspolice hervor.
- 6.2 Für versicherte Kinder, die noch nicht zwei Jahre und sechs Monate alt sind, ist die Leistung im Todesfall auf CHF 2500 begrenzt.
- 6.3 Für versicherte Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Leistung im Todesfall auf CHF 20 000 begrenzt.
- 6.4 Besteht für ein Unfallereignis Anspruch auf ein Invaliditätskapital, erlischt für den gleichen Fall der Anspruch auf die vereinbarte Todesfallsumme.

7 Anspruchsberechtigte im Todesfall

Stirbt die versicherte Person innert fünf Jahren erwiesenermassen an den Folgen eines Unfalls, so zahlt der Versicherer die für den Todesfall vereinbarte Summe an folgende nacheinander begünstigte Personen:

- a) Ehegatte/eingetragener Partner
- b) Bei dessen Fehlen die Kinder
- c) Bei deren Fehlen die übrigen gesetzlichen Erben, unter Ausschluss des Gemeinwesens

Die versicherte Person kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung andere Begünstigte einsetzen.

Sind keine anspruchsberechtigten Hinterbliebenen vorhanden, so vergütet der Versicherer nur die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10% der für den Todesfall vereinbarten Summe.

Hat dasselbe Ereignis den Tod der versicherten Person und seines nicht beim Versicherer versicherten Ehegatten/eingetragenen Partners zur Folge, so verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallversicherungssumme. Sind beide Ehegatten/eingetragenen Partner vom Ereignis betroffen und beim Versicherer versichert, wird die Leistung pro versicherte Person einzeln nach Vertragspolice erbracht.

8 Invaliditätsfall

Tritt als Folge eines Unfalles eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität ein, so hat die versicherte Person einen Anspruch auf ein Kapital aufgrund – der vereinbarten Versicherungssumme

- des Invaliditätsgrades sowie
- der vereinbarten Progressionsvariante (A oder B)

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils, Organs oder Sinnes wird der Invaliditätsgrad nach folgender Tabelle ermittelt:

Gänzliche Lähmung, unheilbare und jede Erwerbstätigkeit ausschliessende Geistesstörung, völlige Erblindung	100%
Beide Arme oder Hände, beide Beine oder Füsse	100%
Ein Arm im Ellbogen oder Oberarm	70%
Ein Unterarm oder eine Hand	60%
Ein Bein im Kniegelenk oder Oberschenkel	60%
Ein Bein im Unterschenkel	50%
Ein Daumen	25%
Ein Zeigefinger	15%
Ein anderer Finger	10%
Ein Fuss	40%
Ein grosser Zeh Ein anderer Zeh	10% 3%
Der Geruchs- oder Geschmackssinn	15%
Ein Auge	30%
Ein Auge (sofern die Sehkraft des anderen Auges vorher bereits verloren war)	70%
Das Gehör auf beiden Ohren	60%
Das Gehör auf einem Ohr	15%
Das Gehör auf einem Ohr (sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war)	45%

Gänzlicher Verlust der Sprache	60%
Eine Niere	20%
Die Milz	10%

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils, Organs oder Sinnes wird der Invaliditätssatz verhältnismässig herabgesetzt. Wenn ein bereits verstümmeltes oder beschädigtes Körperteil bzw. Organ durch die Unfallverletzung betroffen wird, werden die Leistungen verhältnismässig herabgesetzt. Sind vom Unfall mehrere Körperteile betroffen, werden die Prozentsätze zusammengesetzt. In keinem Fall wird jedoch eine Invalidität von mehr als 100% angenommen. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrades aufgrund ärztlicher Feststellungen. Massgebend ist stets die medizinisch-theoretische Invalidität. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades kann sich der Versicherer auf die Feststellungen der Sozialversicherungen stützen. Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bezahlt der Versicherer den entsprechenden prozentualen Anteil der einfachen vereinbarten Invaliditätssumme. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, so bemisst sich die Entschädigung progressiv aufgrund der folgenden Tabelle, abhängig von der abgeschlossenen Versicherungsvariante:

Invaliditätsgrad	Leistungen	
	A %	B %
26	27	28
27	29	31
28	31	34
29	33	37
30	35	40
31	37	43
32	39	46
33	41	49
34	43	52
35	45	55
36	47	58
37	49	61
38	51	64
39	53	67
40	55	70
41	57	73
42	59	76
43	61	79
44	63	82
45	65	85
46	67	88
47	69	91
48	71	94
49	73	97
50	75	100

Invaliditätsgrad	Leistungen	
	A %	B %
51	78	105
52	81	110
53	84	115
54	87	120
55	90	125
56	93	130
57	96	135
58	99	140
59	102	145
60	105	150
61	108	155
62	111	160
63	114	165
64	117	170
65	120	175
66	123	180
67	126	185
68	129	190
69	132	195
70	135	200
71	138	205
72	141	210
73	144	215
74	147	220
75	150	225

Invaliditätsgrad	Leistungen	
	A %	B %
76	153	230
77	156	235
78	159	240
79	162	245
80	165	250
81	168	255
82	171	260
83	174	265
84	177	270
85	180	275
86	183	280
87	186	285
88	189	290
89	192	295
90	195	300
91	198	305
92	201	310
93	204	315
94	207	320
95	210	325
96	213	330
97	216	335
98	219	340
99	222	345
100	225	350

Ohne Vermerk auf der Versicherungspolice wird die Entschädigung gemäss Progressionsvariante A geleistet. Die Invaliditätsentschädigung wird ausbezahlt, sobald eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität feststellbar und ermittelt ist. Ein Anspruch auf die Invaliditätssumme besteht ausschliesslich für die versicherte Person; der Anspruch ist nicht vererbbar.

9 Umschulungskosten

Sofern eine Berufsumschulung mit Bezug auf einen Unfall, für welchen der Versicherer eine Kapitalleistung erbracht hat, notwendig wird, übernimmt der Versicherer subsidiär die hierfür adäquaten Kosten, höchstens aber bis zum Maximalbetrag von 10 % der vereinbarten Invaliditätssumme (ohne Berücksichtigung der Progression).

10 Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- a) Unfälle infolge von Krieg oder kriegerischen Ereignissen, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem die versicherte Person sich aufhält und sie vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen überrascht worden ist;
- b) Unfälle infolge von Erdbeben in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein;
- c) Unfälle im Zusammenhang mit dem Dienst in einer ausländischen Armee;
- d) Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen. Ausnahmen: Gesundheitsschädigung infolge ärztlich verordneter Bestrahlung im Anschluss an ein versichertes Ereignis;
- e) Unfälle infolge Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Unruhen, Streiks, Terrorakten sowie bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens;
- f) Unfälle, verursacht durch Beteiligung an Schlägereien, Raufereien, es sei denn, die versicherte Person sei als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
- g) Unfälle, von denen Motorfahrzeuglenker oder Fahrradfahrer betroffen werden, die das Fahrzeug im Unfallzeitpunkt mit einem Blutalkoholgehalt von 1.5 Gewichtspromillen und mehr geführt haben;
- h) Missbrauch von Medikamenten, Drogen oder Alkohol;
- i) Unfälle bei Rennen mit Motorfahrzeugen irgendwelcher Art sowie dem Training dazu;
- j) Unfälle als Folge von Wagnissen.
Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.
Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind;
- k) Unfälle als Folge von Atomkernumwandlungen;
- l) Unfälle als Folge von psychischen Zuständen der versicherten Person;
- m) Folgen von Eingriffen, die die versicherte Person an sich selbst vornimmt, sowie Suizid und Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu, auch im Zustand der Urteilsunfähigkeit;
- n) Unfälle infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch die versicherte Person.

11 Mitwirkung unfallfremder Zustände

Sind die Gesundheitsschädigungen nur teilweise auf den versicherten Unfall zurückzuführen, werden die Leistun-

gen des Versicherers entsprechend dem durch ein ärztliches Gutachten festgestellten Einfluss fremder Faktoren gekürzt.

12 Gutachten

Kommt über die Unfallfolgen keine Einigung zwischen den Parteien zustande, so wird ein Gutachten in Auftrag gegeben. Die CSS stellt dem Versicherten zur Auswahl des Gutachters zwei Gutachternvorschläge zu, unter welchen der Versicherte einen Gutachter bestimmen muss. Die Kosten dieses Gutachtens gehen zu gleichen Teilen zu Lasten der Parteien. Die Feststellungen, welche das Gutachten trifft, sind in Bezug auf den natürlichen Kausalzusammenhang verbindlich, wenn nicht nachgewiesen wird, dass sie offensichtlich von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen.

Der adäquate Kausalzusammenhang, welcher sich nach sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen und nach sozialversicherungsrechtlicher Rechtsprechung richtet, ist zusätzlich zu prüfen.

III Prämien

13 Anfangsprämie und Prämienanpassungen nach Tarifaltersgruppen

13.1 Die Anfangsprämie ist auf der Police aufgeführt.

13.2 Die versicherte Person tritt mit Erreichen des Höchstalters ihrer Tarifaltersgruppe auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Tarifaltersgruppe ein.

Massgebend ist der in der jeweiligen Tarifaltersgruppe gültige Prämientarif.

13.3 Bei einer Prämienanpassung infolge des Eintritts in eine höhere Tarifaltersgruppe besteht analog zu Ziffer 14.2 und 14.3 ein Kündigungsrecht.

14 Änderung der Prämientarife

14.1 Der Versicherer kann die Prämientarife anpassen.

14.2 Der Versicherer gibt Prämienänderungen spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt.

14.3 Ist die versicherte Person mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann der Vertrag auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen.

15 Mahnung und Zahlungsverzug

15.1 Wird die Prämie nicht innert der auf der Rechnung aufgeführten Frist bezahlt, wird die versicherte Person unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert einer Nachfrist von 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

15.2 Nach Ablauf der Mahnfrist hat die versicherte Person einen gesetzlichen Verzugszins zu entrichten. Die Kosten der Mahnung werden von der versicherten Person getragen.

15.3 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, tritt der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurück.

15.4 Wird die Prämie des Versicherers rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während des

- Ruhens der Leistungspflicht ereignen, auch nach Bezahlung der rückständigen Prämie nicht leistungspflichtig.
- 15.5 Der Versicherer ist berechtigt, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen der versicherten Person zu verrechnen. Gegenüber dem Versicherer besteht kein Verrechnungsrecht.

IV Verschiedene Bestimmungen

16 Anzeigepflicht

Ein eingetretener Unfall, der voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist umgehend dem Versicherer zu melden.

17 Ärztliche Behandlung

Es ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Pflege zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anforderungen des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten. Sie ist verpflichtet, sich den Untersuchungen und Anordnungen des allfällig vom Versicherer auf ihre Kosten beauftragten Arztes zu unterziehen.

Auch sind alle zur Abklärung der Umstände des Versicherungsfalles nützlichen Massnahmen zu treffen. Ein Todesfall ist dem Versicherer so rechtzeitig zu melden, dass sie vor der Bestattung eine Sektion auf ihre Kosten veranlassen kann, falls andere Ursachen als Unfall den Tod herbeigeführt haben könnten.

Der Versicherer ist berechtigt, zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse zu verlangen. Die anspruchsberechtigte Person räumt dem Versicherer das Recht ein, direkt und auf seine Kosten solche Belege und Auskünfte anzufordern. Die versicherte Person entbindet die Ärzte, die sie behandelt haben, sowie die am Schadenfall beteiligten Versicherungseinrichtungen von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.

18 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten

Werden die Pflichten gemäss Ziffer 16 und 17 schuldhaft verletzt und dadurch Ausmass oder Feststellung der Unfallfolgen nachteilig beeinflusst, kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen, es sei denn, die Verletzung der Pflichten ist den Umständen nach im Sinne von Art. 45 VVG als unverschuldet oder bei entsprechendem Nachweis durch die versicherte Person ohne Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und den Umfang der dem Versicherungsunternehmen geschuldeten Leistungen anzusehen.

19 Vertragsdauer, Kündigung

- 19.1 Der Vertrag ist für die in der Police genannte Dauer abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um 1 Jahr, wenn nicht ein Vertragspartner spätestens 3 Monate vor Vertragsablauf eine Kündigung erhalten hat.

19.2 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

19.3 Die versicherte Person und der Versicherer können sodann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Art. 35b VVG kündigen.

19.4 Kündigung im Schadenfall

a) Nach dem Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadenfalles kann der Versicherer spätestens bei Auszahlung der Entschädigung und der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat, den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigung muss innert dieser Frist bei dem Versicherer eingetroffen sein.

b) Kündigt der Versicherungsnehmer, erlischt die Versicherungsdeckung mit dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.

- c) Kündigt der Versicherer, erlischt die Versicherungsdeckung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.

20 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an den Versicherer zu richten. Seitens Versicherer erfolgen alle Mitteilungen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse (Postadresse, E-Mail-Adresse).

Wird in den AVB die schriftliche Form verlangt, genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht. Wird bei einer Mitteilung kein Formerfordernis angeführt, kann diese auch mündlich erfolgen.

21 Erfüllungsort und Gerichtsstand

21.1 Die Verpflichtungen aus der Versicherung sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.

21.2 Bei Rechtsstreitigkeiten kann gegen den Versicherer am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person oder in Luzern Klage erhoben werden. Wohnet die versicherte Person im Ausland, ist Luzern ausschliesslicher Gerichtsstand.

22 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

Die Änderungen der VVG-Revision vom 19.06.2020 gelten auch für Verträge, die vor dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden. Ausgenommen hiervon sind die Schulden der versicherten Person. Diese verjähren weiterhin nach zwei Jahren.