

LANDWIRTSCHAFTLICHE SPEZIALVERSICHERUNGEN

Eigene Versicherungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen VVG

Zusatzbedingungen

AGRI-spezial

AGRI-natürlich

AGRI-dental

AGRI-revenu

Taggeldversicherung

Vermittelte Versicherungen

Aushilfenversicherung VVG

Unfallversicherung für Tod und IV (UTI) VVG

Kapitalversicherung bei Tod und IV (KTI-Prevea) VVG

KUNDENINFORMATIONEN GEMÄSS VVG

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

Allgemeines

Diese Kundeninformation gibt Ihnen einen Überblick über den Versicherer und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages im Sinne von Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag, der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Diese Kundeninformation bezieht sich sowohl auf die eigenen Produkte der Agrisano Versicherungen AG als auch auf die vermittelten Produkte. Vermittelte Produkte sind die Aushilfenversicherung VVG, die Unfallversicherung für Tod und Invalidität (UTI) VVG und die Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität (KTI-Prevea) VVG.

Wer ist Versicherer?

Versicherer ist die Agrisano Versicherungen AG mit Sitz an der Laurstrasse 10 in 5201 Brugg. Die Agrisano Versicherungen AG ist eine Aktiengesellschaft im Sinne von Artikel 620 ff. des Schweizerischen Obligationenrechts (OR).

Versicherer bei den vermittelten Produkten sind die Solida Versicherungen AG (Aushilfenversicherung VVG und Unfallversicherung für Tod und Invalidität [UTI] VVG) sowie die Helsana Zusatzversicherungen AG (Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität [KTI-Prevea] VVG).

Die Solida Versicherungen AG mit Sitz in 8048 Zürich ist eine Aktiengesellschaft im Sinne von Artikel 620 ff. OR. Die Helsana Zusatzversicherungen AG mit Sitz in 8600 Dübendorf ist eine Aktiengesellschaft im Sinne von Artikel 620 ff. OR.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Versicherungsschutz bestimmt sich individuell nach dem gewählten Versicherungsprodukt. Die versicherten Risiken und den Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie dem Versicherungsantrag, der Versicherungspolice und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG (AVB). Eine Beschreibung der Leistungen der einzelnen Versicherungsprodukte finden Sie in der Leistungsübersicht, die je nach gewähltem Versicherungsprodukt mit dieser Information abgegeben wird (vgl. Zusatzbedingungen).

Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Höhe der Prämie hängt vom Alter, dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken, der gewünschten Deckung und der gewählten Kostenbeteiligung ab. Alle Angaben zur Prämie und Kostenbeteiligung sind in der Police aufgeführt. Kollektivversicherungsverträge können abweichende Bestimmungen enthalten.

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines Jahres oder – bei Ratenzahlungen – am 1. des jeweiligen Monats fällig. Abweichende Bestimmungen bei den vermittelten Versicherungen sind in den entsprechenden AVB / Zusatzbedingungen (ZB) enthalten. Im Falle von Direktzahlungen der Agrisano Versicherungen AG an die Leistungserbringer (Arzt, Spital, Apotheke usw.) ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Kostenbeteiligungen innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung an die Agrisano Versicherungen AG zurückzuerstatten.

Pflichten der versicherten Person

Schadenminderungspflicht

Die versicherte Person hat bei Krankheit oder Unfall sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten und alles zu unterlassen,

was zu einer Verschlechterung des körperlichen Zustandes führen könnte.

Mitteilungs- und Mitwirkungspflicht

Änderungen der für die Versicherung wesentlichen persönlichen Verhältnisse und die Änderung des Wohnsitzes sind der Agrisano Versicherungen AG innert 30 Tagen mitzuteilen. Die versicherte Person hat der Agrisano Versicherungen AG vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall und Schwangerschaft) sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht. Sie entbindet die sie behandelnde Medizinalperson gegenüber der Agrisano Versicherungen AG von der beruflichen Schweigepflicht.

Vertragsbeginn, Vertragsdauer und Vertragsende

Die folgenden Ausführungen zu Vertragsbeginn, Vertragsdauer und Vertragsende gelten nur für die Produkte der Agrisano Versicherungen AG. Für die vermittelten Versicherungen sind die jeweiligen AVB bzw. ZB massgebend.

Vertragsbeginn und Vertragsdauer

Die Versicherung beginnt an dem Tag, der in der Police aufgeführt ist. Der Versicherungsschutz ist für jede Person von dem im Antrag genannten Termin an bis zum Zeitpunkt der Aushändigung der Versicherungspolice provisorisch. Tritt während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein Versicherungsfall ein, so besteht grundsätzlich Versicherungsdeckung. Ausgenommen sind Fälle, die auf eine Krankheit, einen Unfall oder auf Unfallfolgen zurückzuführen sind, die bereits vor Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes bestanden haben.

Der Versicherungsvertrag dauert ein Kalenderjahr, vom 1. Januar bis zum 31. Dezember. Beginnt der Versicherungsvertrag erst im Laufe eines Kalenderjahres, dauert er bis zum 31. Dezember des entsprechenden Kalenderjahres. Ohne fristgerechte Kündigung verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Beendigung durch Kündigung des Versicherungsnehmers

Die Versicherung kann unter Wahrung der Kündigungsfrist von 3 Monaten auf den 30. Juni oder 31. Dezember gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist beim Versicherer eintrifft. Nach jeder Krankheit, jedem Unfall oder jeder Mutterschaft, für die eine Leistung geschuldet wird, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schriftlich kündigen, und zwar spätestens 14 Tage nachdem er von der letzten Auszahlung der Agrisano Versicherungen AG Kenntnis erhalten hat. Der Versicherungsschutz erlischt in diesem Fall mit Eintreffen der Kündigung bei der Agrisano Versicherungen AG. Bei einer Prämienhöhung hat der Versicherungsnehmer ein ausserordentliches Kündigungsrecht, welches den Spezialbestimmungen zu entnehmen ist.

Beendigung durch andere Umstände

Die Versicherung endet mit dem Tod der versicherten Person, dem Erreichen des Alters, bis zu welchem die Agrisano Versicherungen AG Versicherungsschutz gewährt oder bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Diese Aufzählung ist nicht abschliessend, weitere Gründe können sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZB) ergeben.

Kündigung / Rücktritt durch die Agrisano Versicherungen AG

Die Agrisano Versicherungen AG verzichtet auf ihr gesetzliches Kündigungsrecht. Vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigen Verhaltens, beispielsweise wegen Anzeigepflichtverletzung oder versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 30 Tagen zu bezahlen. Die Zahlungsaufforderung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, so besteht bis zur vollständigen Zahlung der Prämie samt Zinsen und Verwaltungskosten für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Zahlung. Die Agrisano Versicherungen AG kann nach Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten. Werden Ausstände nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist beglichen, erlischt der Vertrag. Mit der Beendigung der Versicherung erlischt auch die Leistungspflicht der Agrisano Versicherungen AG.

Datenschutz

Die Agrisano Versicherungen AG stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des Schweizerischen Rechts, namentlich des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG), eingehalten wird.

Die Agrisano Versicherungen AG bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Agrisano Versicherungen AG

kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung weiterleiten. Die aktuellen Partner im Versicherungsgeschäft der Agrisano Versicherungen AG sind auf der Website der Agrisano aufgeführt.

Sofern die Auskünfte zur Beurteilung des Versicherungsschutzes oder des Schadenfalles notwendig sind, ist die Agrisano Versicherungen AG ermächtigt, jederzeit Ärzten, Spitälern wie auch anderen Leistungserbringern sowie bei Sozial- und Privatversicherern im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes einerseits Auskünfte zu erteilen und andererseits bei solchen Auskünfte einzuholen. Ferner kann die Agrisano Versicherungen AG bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die versicherte Person hat das Recht, bei der Agrisano Versicherungen AG über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Art und Dauer der Aufbewahrung beschränken sich auf die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere diejenigen des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

INHALTSVERZEICHNIS

EIGENE VERSICHERUNGEN

Rechtsträger: Agrisano Versicherungen AG

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB VVG)	6
I. ALLGEMEINES	6
II. BEGINN, DAUER UND ENDE DER VERSICHERUNG	6
III. ÄNDERUNG DER VERSICHERUNG	7
IV. BEGRIFFE	7
V. LEISTUNGEN	7
VI. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN/MITTEILUNGEN	8
VII. PRÄMIEN	8
VIII. LEISTUNGSVERGÜTUNG	8
IX. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	9
ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-spezial	10
I. ALLGEMEINES	10
II. PRÄMIEN	10
III. LEISTUNGSUMFANG	10
IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	11
ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-natürlich	12
I. ALLGEMEINES	12
II. PRÄMIEN	12
III. LEISTUNGEN	12
IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	12
ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-dental	13
I. ALLGEMEINES	13
II. PRÄMIEN	13
III. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG	13
IV. LEISTUNGEN	13
V. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	13
ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-revenu (Taggeld Landwirtschaft)	14
I. ALLGEMEINES	14
II. BEGINN, ENDE UND RUHEN DER VERSICHERUNG	14
III. VERSICHERUNGSANGEBOT	14
IV. PRÄMIEN	14
V. LEISTUNGEN	15
VI. HÖHERVERSICHERUNG	16
VII. ÜBERENTSCHÄDIGUNG	16
VIII. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN UND MITTEILUNGEN	16
IX. VERSCHIEDENES UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN	16
ZUSATZBEDINGUNGEN TAGGELDVERSICHERUNG	17
I. ALLGEMEINES	17
II. PRÄMIEN	17
III. LEISTUNGEN	17
IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	17

VERMITTELTE VERSICHERUNGEN

Rechtsträger: Siehe Angaben bei den jeweiligen Versicherungen.

AUSHILFENVERSICHERUNG	20
I. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB).....	20
UNFALLVERSICHERUNG FÜR TOD UND INVALIDITÄT (UTI)	22
I. UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES	22
II. BEGRIFFBESTIMMUNGEN	22
III. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN7 TODESFALL	22
IV. EINSCHRÄNKUNGEN DES DECKUNGSUMFANGES	24
V. BEGINN UND ENDE DES VERTRAGES.....	24
VI. PRÄMIE	24
VII. ANSPRÜCHE UND OBLIEGENHEITEN IM SCHADENFALL	25
VIII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	25
KAPITALVERSICHERUNG BEI TOD UND INVALIDITÄT (KTI-PREVEA)	26
I. VERTRAGSINHALT	26
II. VERSICHERUNGSDECKUNG	26
III. FINANZIELLES	26
IV. LEISTUNGEN.....	26
V. BESONDERHEITEN	27
VI. GLOSSAR	28

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB VVG)

Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Gegenstand der Versicherung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten ausschliesslich für Versicherungen der Agrisano Versicherungen AG. Einzelheiten über die verschiedenen Leistungen sowie Abweichungen von den AVB finden sich in den Regelungen der betreffenden Zusatzbedingungen (ZB).

Art. 2 Grundlagen der Versicherung

- 1 Versicherungsträger ist die Agrisano Versicherungen AG.
- 2 Der Versicherungsvertrag setzt sich zusammen aus dem Versicherungsantrag, der Police, den AVB und den ZB.
- 3 Versichert werden können die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen worden ist.
- 4 Soweit in den ZB und Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

Art. 3 Zweck

Das Versicherungsangebot hat den Zweck, die Grundversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu ergänzen. Es ist auf die Bedürfnisse der landwirtschaftlichen Bevölkerung ausgerichtet.

Art. 4 Information vor Vertragsabschluss

- 1 Die Agrisano Versicherungen AG orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität der Agrisano Versicherungen AG und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:
 - a) die versicherten Risiken;
 - b) den Umfang des Versicherungsschutzes;
 - c) die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers;
 - d) die Laufzeit und die Beendigung des Versicherungsvertrages;
 - e) die gemäss dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) und dem VVG zu liefernden Informationen.
- 2 Diese Angaben werden dem Antragsteller zusammen mit dem Antragsformular in schriftlicher Form übergeben.
- 3 Bei Kollektivverträgen, welche anderen Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, achtet die Agrisano Versicherungen AG darauf, dass der Versicherungsnehmer diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösungen unterrichtet. Hierfür erstellt die Agrisano Versicherungen AG ein Informationsblatt.
- 4 Verletzt die Agrisano Versicherungen AG ihre Informationspflicht gemäss dieser Bestimmung, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der Agrisano Versicherungen AG wirksam. Dieses Kündigungsrecht erlischt, vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den obgenannten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss.

Art. 5 Versicherungsmöglichkeiten

- 1 Die Bestimmungen über die angebotenen Versicherungsmöglichkeiten sind in den ZB festgehalten.
- 2 Der Vertrag kann als Einzel- wie auch als Kollektivversicherung abgeschlossen werden.
- 3 In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungen festgehalten. Besondere Bestimmungen, die von den AVB oder den ZB abweichen, sind in der Versicherungspolice enthalten.

Art. 6 Versicherte Personen

- 1 Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.
- 2 Ist eine Kollektivversicherung abgeschlossen worden, so sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personengruppen versichert.

II. BEGINN, DAUER UND ENDE DER VERSICHERUNG

Art. 7 Beginn der Versicherung

- 1 Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mit dem vordruckten Formular der Agrisano Versicherungen AG. Der Versicherungsabschluss ist frühestens auf den ersten eines Folgemonats möglich.
- 2 Die Versicherungsdeckung beginnt, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme des Antrags mitgeteilt hat, frühestens jedoch ab dem in der Police aufgeführten Tag.
- 3 Der Versicherungsschutz ist für jede Person von dem im Anmeldeformular genannten Termin an bis zum Zeitpunkt der Aushändigung der Versicherungspolice provisorisch. Tritt während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein Versicherungsfall ein, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn aus den beizubringenden Unterlagen hervor geht, dass der Versicherungsfall auf eine Krankheit, einen Unfall oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, der bereits vor Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes bestanden hat.
- 4 Mit dem erstmaligen Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungspolice und die AVB.
- 5 Für Versicherte der Kollektivversicherung beginnt die Versicherung bei Antritt des Arbeitsverhältnisses.

Art. 8 Vertragsdauer

- 1 Der Versicherungsvertrag dauert jeweils ein Kalenderjahr vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.
- 2 Derjenige Versicherungsvertrag, welcher erst im Laufe eines Kalenderjahres beginnt, dauert bis zum 31. Dezember des entsprechenden Kalenderjahres.
- 3 Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach jedem Jahresablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn er nicht fristgerecht gekündigt wurde.
- 4 Von diesem Artikel abweichende Bestimmungen in den ZB gehen vor.

Art. 9 Ende der Versicherung

- 1 Die Versicherung erlischt:
 - a) mit dem Tod der versicherten Person;
 - b) mit dem Erreichen des vereinbarten Alters, bis zu welchem die Agrisano Versicherungen AG Versicherungsschutz gewährt;
 - c) mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist;
 - d) bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
 - e) nach Erschöpfung der versicherten Leistung für die betreffende Versicherung;
 - f) in der Kollektivversicherung durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses.
- 2 Mit der Beendigung der Versicherung erlischt auch die Leistungspflicht der Agrisano Versicherungen AG.

Art. 10 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 1 Die Versicherung kann jeweils schriftlich bis spätestens 31. März auf den 30. Juni oder bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember gekündigt werden.
- 2 Nach jeder Krankheit, jedem Unfall oder jeder Mutterschaft, für die eine Leistung geschuldet wird, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schriftlich kündigen, und zwar spätestens 14 Tage, nachdem er von der letzten Auszahlung der Agrisano Versicherungen AG Kenntnis erhalten hat. Der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage ab Eintreffen der Kündigung bei der Agrisano Versicherungen AG.

Art. 11 Kündigung durch die Agrisano Versicherungen AG

Die Agrisano Versicherungen AG verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch sowie in den gesetzlich und vertraglich, bspw. wegen Anzeigepflichtverletzung, vorgesehenen Fällen.

III. ÄNDERUNG DER VERSICHERUNG

Art. 12 Änderung durch den Versicherungsnehmer

Bei einem Antrag auf eine Abänderung des Versicherungsvertrages mit einer erhöhten Deckung gilt nur derjenige Teil mit der erhöhten Deckung als neuer Antrag.

Art. 13 Änderung durch die Agrisano Versicherungen AG

1 Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, so ist die Agrisano Versicherungen AG berechtigt, die Versicherungsbestimmungen (AVB, ZB) anzupassen.

2 Neue Versicherungsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin vom entsprechenden Versicherungszweig oder vom ganzen Vertrag zurückzutreten.

3 Erfolgt keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Versicherungsbedingungen.

IV. BEGRIFFE

Art. 14 Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Art. 15 Mutterschaft

Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft und Geburt bestehen, wenn die Versicherung bei der Agrisano Versicherungen AG für die Mutter im Zeitpunkt der Geburt mindestens 270 Tage gedauert hat.

Art. 16 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat. Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) als Unfälle anerkannt werden. Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- Knochenbrüche (sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind)
- Verrenkungen von Gelenken
- Meniskusrisse
- Muskelrisse
- Muskelzerrungen
- Sehnenrisse
- Bandläsionen
- Trommelfellverletzungen

Art. 17 Arbeitsunfähigkeit

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.

Art. 18 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenen Arbeitsmarkt.

V. LEISTUNGEN

Art. 19 Leistungsanspruch

1 Ein Leistungsanspruch gegenüber der Agrisano Versicherungen AG besteht nur während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum.

2 Die Versicherung gilt für Leistungen in der Schweiz. Die Bestimmungen über die örtliche Geltung der einzelnen Versicherungsabteilungen gehen vor.

3 Leistungsansprüche gegenüber der Agrisano Versicherungen AG bestehen nur, solange die versicherte Person ihren Wohnsitz in der Schweiz hat.

Art. 20 Leistungsumfang

1 Versichert sind die Leistungen gemäss der in der Versicherungspolice aufgeführten Deckung und gemäss den ZB der einzelnen Versicherungen.

2 Behandlungen von Medizinalpersonen oder medizinischen Institutionen sind versichert, wenn diese gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannt sind.

3 Die Leistungen anderer Personen oder Institutionen sind versichert, soweit dies in den einzelnen Versicherungen vorgesehen ist.

4 Die Behandlungskosten sind gedeckt, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das heisst, die Kosten medizinischer Behandlungen werden übernommen, soweit sie sich auf das im Interesse der versicherten Person liegende und dem Behandlungszweck nach erforderliche Mass beschränken.

Art. 21 Leistungsausschluss

1 Krankheiten und Unfallfolgen, die beim Versicherungsabschluss bereits bestehen, können von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden.

2 Kein Anspruch auf Leistungen besteht:

- für Leiden, die bei Vertragsbeginn bereits bestehen;
- während einer Karenzzeit;
- wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
- bei Zahnbehandlungen, soweit in den abgeschlossenen Versicherungen die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist;
- bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und ähnlichen Ereignissen sowie bei ausländischem Militärdienst;
- bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen oder Schlägereien;
- bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;
- bei Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen und für Schädigungen aus Atomenergie;
- bei Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), Solothurn, Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation stattfindet;
- für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenversicherung;
- für epidemische Erkrankungen.

Art. 22 Leistungsbeschränkungen

Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden:

- bei schuldhafter Verletzung der Pflichten gemäss Art. 23, 25 und 26 dieser AVB durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person;
- bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls;
- bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne 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 Wagnis zu betrachten sind;
- wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde.

VI. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN/MITTEILUNGEN

Art. 23 Mitwirkungspflichten

- 1 Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche gemäss den Bestimmungen in den einzelnen Versicherungen bei der Agrisano Versicherungen AG einzureichen.
- 2 Der Eintritt eines Unfalles oder einer Krankheit muss spätestens innerhalb von zehn Tagen gemeldet werden.
- 3 Wenn Leistungen geltend gemacht werden, sind der Agrisano Versicherungen AG sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Art. 24 Vertragsabschluss

- 1 Die auf dem von der Agrisano Versicherungen AG vordruckten Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Nicht handlungsfähige Personen können nur durch ihre gesetzlichen Vertreter versichert werden. Werden bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, so kann die Agrisano Versicherungen AG innert vier Wochen, seit sie von der Unrichtigkeit der Angaben Kenntnis hat, vom Vertrag zurücktreten.
- 2 Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person die Agrisano Versicherungen AG bei Medizinalpersonen sowie bei anderen Versicherern die für den Versicherungsabschluss und für die Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen. Die Agrisano Versicherungen AG kann ein ärztliches Zeugnis oder auf eigene Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen. Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass er alle notwendigen Angaben über die versicherte Person machen kann.

Art. 25 Verhalten während Krankheit oder Unfall

Die versicherte Person hat alles zu tun, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten.

Art. 26 Auskunftspflicht

- 1 Die versicherte Person erteilt der Agrisano Versicherungen AG Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber der Agrisano Versicherungen AG von der Schweigepflicht. Die Agrisano Versicherungen AG kann nötigenfalls bei anderen Versicherern Auskünfte einholen.
- 2 Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder den Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt die Agrisano Versicherungen AG.

Art. 27 Mitteilungen

- 1 Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Personen, die für die Versicherung wesentlich sind, wie die Änderung des Wohnsitzes, sind der Agrisano Versicherungen AG innert 30 Tagen mitzuteilen.
- 2 Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an die zuständige Geschäftsstelle der Agrisano Versicherungen AG zu richten.
- 3 Mitteilungen der Agrisano Versicherungen AG erfolgen rechtsgültig schriftlich an die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer an deren bzw. dessen zuletzt angegebene Adresse.

VII. PRÄMIEN

Art. 28 Prämientarife

- 1 Die Prämien werden in einem Prämientarif festgesetzt. Die gültige Prämie kann der Police entnommen werden.
- 2 Die Höhe der Prämien wird risikogerecht bzw. nach dem Lebensalter der versicherten Person festgesetzt. Prämienänderungen infolge Wechsels der Altersgruppe erfolgen automatisch.
- 3 Wird eine Kollektivversicherung abgeschlossen, kann für die entsprechende Personengruppe eine separate Prämie festgesetzt werden.
- 4 Für Familien können Prämienrabatte festgelegt werden.
- 5 Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch die Agrisano Versicherungen AG auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung hin von der entsprechenden Versicherung

oder dem gesamten Vertrag zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

Art. 29 Fälligkeit der Prämien

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus zu bezahlen. Die Zahlungsperiode in den verschiedenen Versicherungsabteilungen hat im gleichen Rhythmus mit der Wahl der Zahlungsperiode der KVG-Versicherungen zu erfolgen.

Art. 30 Prämienzahlung

Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft oder Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung.

Art. 31 Prämienausstand

- 1 Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 30 Tagen zu bezahlen. Die Zahlungsaufforderung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.
- 2 Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, besteht bis zur vollständigen Zahlung der Prämie samt Zinsen und Verwaltungskosten keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie.
- 3 Wird die ausstehende Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag.
- 4 Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebskosten gehen zu Lasten der verursachenden Versicherungsnehmer.

Art. 32 Wechsel in eine höhere Prämienkategorie

Ein Wechsel in eine höhere Prämienkategorie erfolgt jeweils auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres. Hat der Wechsel in eine höhere Prämienkategorie eine Prämienanpassung zur Folge, so steht dem Versicherungsnehmer das gleiche Kündigungsrecht zu wie bei einer Prämienanpassung gemäss Art. 28 Absatz 5.

Art. 33 Verrechnung

- 1 Die Agrisano Versicherungen AG kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen. Der Versicherungsnehmer hat gegenüber der Agrisano Versicherungen AG kein Verrechnungsrecht.
- 2 Forderungen gegenüber der Agrisano Versicherungen AG können ohne deren Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

VIII. LEISTUNGSVERGÜTUNG

Art. 34 Leistungsauszahlung

- 1 Zur Leistungsauszahlung sind der Agrisano Versicherungen AG detaillierte Rechnungen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben einzureichen.
- 2 Sofern zwischen der Agrisano Versicherungen AG und dem Leistungserbringer nichts anderes vereinbart wurde, schuldet die versicherte Person dem Leistungserbringer das Honorar.
- 3 Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann die Agrisano Versicherungen AG ihre Leistungen von der Zession der Reduktionsforderung gegenüber dem Leistungserbringer abhängig machen.

Art. 35 Subsidiarität und Leistungen Dritter

- 1 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet sich, Leistungen gegenüber anderen Versicherern ordnungsgemäss geltend zu machen.
- 2 Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden AVB werden jeweils im Nachgang zu den Leistungen ausländischer oder inländischer Sozialversicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG und der Unfallversicherung gemäss UVG, erbracht.
- 3 Bei Mehrfachdeckung durch Privatversicherer mit Leistungspflichten gemäss VVG wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer an die Kosten auf Grund der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre. Hierauf wird die Summe dieser Leistungen errechnet. Die von der Agrisano Versicherungen AG zu erbringende Entschädigung ist begrenzt auf den Teil, der ihrem Anteil an dieser Summe entspricht. Die Entschädigungen aller Versicherer zusammen dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

4 Sind für die Folgen von Krankheit oder Unfall haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt die Agrisano Versicherungen AG ihre Leistungen vorbehaltlich Art. 36 dieser AVB nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung der Leistungen Dritter der versicherten Person kein Gewinn erwächst.

Art. 36 Vorleistung und Regressrecht

1 Die Agrisano Versicherungen AG kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung entrichten, dass ihr die versicherte Person ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegenstünde.

2 Trifft der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung der Agrisano Versicherungen AG eine Vereinbarung, in welcher er/sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichtet, fällt der Leistungsanspruch gegenüber der Agrisano Versicherungen AG dahin.

3 Vorbehältlich einer ausdrücklich anderslautenden Bestimmung obliegen die Taggelder der Schadenversicherung.

IX. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 37 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB steht der versicherten Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort oder am Geschäftssitz der Agrisano Versicherungen AG offen.

ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-spezial

Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Zweck

AGRI-spezial gewährt für die versicherten Personen Leistungen in Ergänzung zur sozialen Krankenversicherung.

Art. 2 Verhältnis zur Krankenversicherung (KVG)

- 1 Leistungen, die aus der sozialen Krankenversicherung erbracht werden, werden in Abzug gebracht.
- 2 Gesetzliche oder vertragliche Kostenbeteiligungen aus der sozialen Krankenversicherung sind nicht versichert.

Art. 3 Voraussetzungen an die Leistungserbringer

- 1 Leistungen müssen von nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) anerkannten Leistungserbringern verordnet werden.
- 2 Zusätzlich kann die Agrisano Versicherungen AG andere Leistungserbringer anerkennen. Diese werden auf entsprechenden Listen aufgeführt. Die Listen werden laufend angepasst und können bei der Agrisano Versicherungen AG eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

II. PRÄMIEN

Art. 4 Prämienkategorien

Es bestehen folgende Prämienkategorien:

- a) 10 bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
- b) 18 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- c) 25 bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
- d) 30 bis zum vollendeten 30. Lebensjahr
- e) 35 bis zum vollendeten 35. Lebensjahr
- f) 40 bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
- g) 45 bis zum vollendeten 45. Lebensjahr
- h) 50 bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
- i) 55 bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- j) 60 bis zum vollendeten 60. Lebensjahr
- k) 65 bis zum vollendeten 65. Lebensjahr
- l) 70 nach dem vollendeten 65. Lebensjahr

III. LEISTUNGSUMFANG

A. MEDIKAMENTE

Art. 5 Medikamente

- 1 Ärztlich verordnete Medikamente, die nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, werden von der Agrisano Versicherungen AG zu 50 % der verrechneten Kosten übernommen, vorausgesetzt, dass das betreffende Medikament bei der Swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert ist.
- 2 Für Medikamente und Produkte der Liste der pharmazeutischen Produkte zu Lasten der Versicherten (LPPV) besteht kein Anspruch auf Vergütung. Dieser Regelung gleichgestellt sind Antikonzeptiva und Medikamente zur Beeinflussung der Potenz.

B. SPITALBEHANDLUNG

Art. 6 Spitalbehandlung in der Allgemeinen Abteilung

- 1 AGRI-spezial deckt die Aufenthalts- und Behandlungskosten eines stationären Aufenthaltes in einem Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Akutspital oder psychiatrische Klinik) in der ganzen Schweiz.
- 2 Es werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitalern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitalisten gemäss Artikel 39 KVG aufgeführt sind oder mit der Agrisano Versicherungen AG eine vertragliche Vereinbarung abgeschlossen haben.
- 3 Die Kosten für medizinisch bedingte Spitalaufenthalte, die gemäss Artikel 41 Absatz 3 KVG von den Kantonen zu tragen sind, werden nicht übernommen.

4 Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein Spitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt die Agrisano Versicherungen AG diese Kosten.

5 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Akutspital medizinisch notwendig ist.

6 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

7 Bei Aufenthalt von mindestens 24 Stunden und Behandlung im Spital umfassen die Leistungen im Rahmen der von der Agrisano Versicherungen AG anerkannten Tarife für Spital oder die teilstationäre Einrichtung:

- a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für die allgemeine Abteilung der versicherten Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken in der Schweiz;
- b) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte Behandlungen, diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- c) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose;
- d) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände.

8 Ausserkantonale ambulante Behandlungen, welche nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung fallen, sind vollumfänglich versichert. Die Vergütung erfolgt zu den Tarif- und Vertragsbedingungen, die gemäss KVG im behandelnden Kanton zur Anwendung gelangen.

Art. 7 Leistungen bei Unterversicherung

1 Bei Personen, die sich in einer höheren Spitalabteilung behandeln lassen, werden nur die Kosten der versicherten Spitalabteilung übernommen.

2 Wenn die Kosten der entsprechenden Spitalabteilung nicht ermittelt werden können, wird für die Vergütung der Tarif des dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegenen Spitals mit einer allgemeinen Abteilung berücksichtigt.

C. MUTTERSCHAFT

Art. 8 Leistungen in Geburtshäusern

Die von der Agrisano Versicherungen AG zusätzlich gemäss KVG übernommenen Leistungen umfassen pro Geburt 50 %, maximal CHF 1'000.-, der nicht KVG-pflichtigen Aufwendungen (z. B. Infrastrukturkosten, Hotellerie).

D. ÜBRIGE LEISTUNGEN

Art. 9 Kosmetische Behandlung

1 Kosmetische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum 25. Altersjahr vergütet, sofern eine erhebliche Beeinträchtigung oder Entstellung vorliegt.

2 Der Agrisano Versicherungen AG muss vor Behandlungsbeginn ein begründetes Gesuch vorgelegt werden.

3 Die Leistungen können nur geltend gemacht werden, wenn die versicherte Person während mindestens 365 Tagen bei der Agrisano Versicherungen AG versichert war.

4 Die von der Agrisano Versicherungen AG übernommenen Leistungen sind maximal so hoch wie die Kosten, die in der allgemeinen Abteilung in einem öffentlichen Spital entstanden wären.

Art. 10 Prävention/Gesundheitsvorsorge

An Präventions- und Gesundheitsvorsorgemassnahmen werden folgende Leistungen vergütet:

- a) 90 %, maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr, an Massnahmen im Zusammenhang mit berufs-, wohnorts- oder ferienbedingten Impfungen mit zugelassenem Impfstoff.
- b) 50 %, maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr, an ärztlich verordnete und medizinisch indizierte gesundheitsfördernde Massnahmen in den Be-

reichen Rückenschule, Bewegung, Ernährung und Schwangerschaft/Mutterschaft.

Art. 11 Psychotherapie

1 An ärztlich verordnete Behandlungen bei einem von der Agrisano Versicherungen AG anerkannten selbständigen Psychotherapeuten werden pro Kalenderjahr maximal 20 Sitzungen vergütet. Längere Behandlungszeiten können auf Gesuch hin durch den Vertrauensarzt bewilligt werden.

2 Die Vergütung pro Sitzung beträgt maximal CHF 50.-.

Art. 12 Zahnärztliche Behandlungen

1 Die zahnärztliche Behandlung muss durch einen eidg. diplomierten oder gemäss kantonalen Vorschriften diesem gleichgestellten Zahnarzt durchgeführt werden. Es gelten die Tarif- und Vertragsgrundlagen gemäss KVG.

2 Folgende Leistungen werden übernommen:

- 50 % der Kosten für die operative Entfernung von Zähnen (z.B. Weisheitszähne, impaktierte Zähne), maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr;
- 50 % der Kosten der Leistungen für Kieferchirurgie und Kieferorthopädie bis zur Vollendung des 18. Altersjahres. Musste aus zahnmedizinischen Gründen die Behandlung erst kurz vor dem 18. Altersjahr begonnen werden, verlängert sich die Anspruchsberechtigung bis zum vollendeten 20. Altersjahr;
- 50 % an Narkosekosten bis zum vollendeten 18. Altersjahr, sofern die Narkosebehandlung vom Vertrauenszahnarzt als notwendig erachtet wird.

Art. 13 Mittel und Gegenstände

1 Unfallbedingte Schäden an Prothesen und Hilfsmitteln gemäss UVG-Praxis werden zu 90 % übernommen.

2 Für ärztlich verordnete, der Heilung dienliche oder die Folgen einer Körperbehinderung mildernde medizinische Hilfsmittel und Gegenstände, sofern es sich nicht um Pflichtleistungen gemäss KVG handelt oder die Kosten von der IV übernommen werden, werden in Anlehnung an den sozialversicherungsrechtlichen Tarif (bspw. IV- oder UVG-Tarif) zu 90 % der krankheitsbedingten Kosten, maximal CHF 5'000.- pro Kalenderjahr, übernommen.

3 Für medizinisch erforderliche Brillengläser und Kontaktlinsen werden innerhalb 720 Tagen maximal CHF 200.- vergütet, sofern es sich nicht um Leistungen handelt, die durch das KVG versichert sind.

Art. 14 Bade- und Erholungskuren

Sofern ärztlich verordnet, werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr CHF 45.- pro Tag an die Kosten von Bade- und Erholungskuren in ärztlich geleiteten anerkannten Kuranstalten (inkl. Abano und Montegrotto sowie Psoriasis-kuren am Toten Meer) vergütet.

Art. 15 Transport- und Rettungskosten

1 Für folgende ausgewiesene Kosten werden 90 % vergütet:

- Krankentransporte ins Spital bei akuter Erkrankung oder in Fällen, in denen der versicherten Person keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung stehen;
- unfallbedingte Transport- und Rettungskosten;
- Leichttransporte ins Ausland oder vom Ausland.

2 Die Leistungen aus den Absätzen 1 Punkt a) und b) sind begrenzt auf CHF 20'000.- pro Kalenderjahr. Die Leistung aus Absatz 1 Punkt c) ist begrenzt auf CHF 10'000.-.

Art. 16 Reisekosten

1 Pro Kalenderjahr werden 75 % der ausgewiesenen Kosten, maximal CHF 1'000.-, vergütet.

2 Reisekosten werden nur dann vergütet, wenn sie im Anschluss an eine ärztlich verordnete stationäre Behandlung anfallen.

3 Als Basis der Vergütung werden die Tarife der öffentlichen Verkehrsmittel herangezogen.

4 Kosten für andere Verkehrsmittel werden nur dann übernommen, wenn die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel für die versicherte Person unzumutbar ist.

Art. 17 Haushaltshilfe

1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit als Folge ihres Gesundheitszustan-

des und ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt, werden für die ausgewiesenen Kosten 90 %, maximal CHF 800.- pro Kalenderjahr, erbracht. Der maximale Tagesansatz beträgt CHF 80.-.

2 Als Haushaltshilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder im Auftrag einer Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt.

3 Als Haushaltshilfe wird auch anerkannt, wer in Vertretung der erkrankten Person den Haushalt besorgt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.

4 Bei Aufhalten im Spital, Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushaltshilfe erbracht.

Art. 18 Leistungen im Ausland

1 In Ergänzung zu den Leistungen des KVG werden bei einem Notfall im Ausland Leistungen für wissenschaftlich anerkannte, zweckdienliche ambulante oder stationäre Behandlungen sowie Rettungs- und Transportkosten übernommen.

2 Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

3 Repatriierungskosten werden nur dann übernommen, wenn vorher von der Agrisano Versicherungen AG eine Kostengutsprache erteilt wurde.

4 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat im Schadenfall die Pflicht, die Agrisano Versicherungen AG sofort über das Schadenereignis zu informieren.

5 Die ergänzenden Leistungen sind pro Kalenderjahr auf maximal CHF 50'000.- beschränkt. Bei einem Aufenthalt in einem Akutspital werden maximal CHF 1'000.- pro Tag erbracht.

6 Keine Leistungen werden erbracht, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung ins Ausland begibt.

Art. 19 Komplementärmedizin

1 Die Agrisano Versicherungen AG gewährt in beschränktem Umfang Leistungen an ambulante Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden.

2 Wenn eine Krankheit bereits mit herkömmlicher Medizin im Sinne der gemäss KVG kassenpflichtigen Schulmedizin behandelt wird, so werden im Bereich der Komplementärmedizin keine Leistungen vergütet.

3 Leistungen im Bereich der Komplementärmedizin werden übernommen für Homöopathie, Phytotherapie, Akupunktur, Akupressur, Kinesio-logie und klassische medizinische Massage (ohne Fussreflexzonenmassage).

4 Andere Behandlungen oder Behandlungsmethoden können von der Agrisano Versicherungen AG in Ausnahmefällen ganz oder teilweise anerkannt werden.

5 Damit Leistungen übernommen werden, müssen sie von einem Arzt, von einem kantonal approbierten Naturheilarzt oder einem von der Agrisano Versicherungen AG anerkannten Leistungserbringer verordnet und durchgeführt werden.

6 Die Agrisano Versicherungen AG vergütet 90 % der Behandlungskosten und 50 % der Kosten von Medikamenten, Arznei- und Behandlungsmitteln, welche im Zusammenhang mit der durchgeführten Behandlung notwendig sind. Für Behandlungsmethoden gemäss Absatz 4 kann auch ein reduzierter Vergütungsansatz erfolgen.

7 Die Agrisano Versicherungen AG führt eine Liste der anerkannten komplementärmedizinischen Medizinalpersonen, der anerkannten Behandlungsmethoden sowie der entsprechenden Vergütungsansätze.

8 Pro Kalenderjahr werden für Leistungen insgesamt maximal CHF 2'000.- vergütet.

9 Aus der Rechnungsstellung müssen Diagnose, Methode und Behandlungsdauer ersichtlich sein. Fehlen diese Angaben auf der Rechnung, besteht kein Leistungsanspruch. Falls vorhanden, werden die Vergütungen der Leistungen nach Tarifen und Verträgen vorgenommen. Maximal wird ein Stundenansatz von CHF 120.- anerkannt.

10 Für Behandlungen, die im Ausland durchgeführt werden, werden keine Leistungen übernommen.

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 20 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Sofern die vorliegenden Zusatzbedingungen (ZB) keine anderweitigen Regelungen enthalten, gelten sinngemäss die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Agrisano Versicherungen AG.

ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-natürlich

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Zweck

- 1 Die Agrisano Versicherungen AG gewährt erweiterte Leistungen an Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden.
- 2 Wenn eine Krankheit bereits mit herkömmlicher Medizin im Sinne der gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) kassenpflichtigen Schulmedizin behandelt wird, so werden im Bereich der erweiterten Komplementärmedizin keine Leistungen vergütet.

II. PRÄMIEN

Art. 2 Prämienkategorien

Es bestehen folgende Prämienkategorien:

- a) 10 bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
- b) 18 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- c) 25 bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
- d) 30 bis zum vollendeten 30. Lebensjahr
- e) 35 bis zum vollendeten 35. Lebensjahr
- f) 40 bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
- g) 45 bis zum vollendeten 45. Lebensjahr
- h) 50 bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
- i) 55 bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- j) 60 bis zum vollendeten 60. Lebensjahr
- k) 65 bis zum vollendeten 65. Lebensjahr
- l) 70 nach dem vollendeten 65. Lebensjahr

III. LEISTUNGEN

Art. 3 Leistungsbereich

- 1 Die Agrisano Versicherungen AG gewährt Leistungen für ambulante Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden.
- 2 Leistungen für den Bereich der Komplementärmedizin aus der Versicherung AGRI-spezial werden abgezogen.

3 Kein Anspruch auf Leistungen besteht bei folgenden Behandlungsformen: Astrologie, Handauflegen, Hypnose, Pendeln, Geistheilung, Fernheilung, Magnetopathie.

4 Die Agrisano Versicherungen AG kann im Einzelfall bestimmen, ob eine Behandlung unter Berücksichtigung der beruflichen Ausbildung des Leistungserbringers einen Anspruch auf Leistungen begründet.

Art. 4 Anforderungen an die Leistungserbringer

1 Damit Leistungen übernommen werden, muss der Leistungserbringer zur Ausübung eines komplementärmedizinischen Berufes oder Hilfsberufes anerkannt sein.

2 Die Agrisano Versicherungen AG führt eine Liste der anerkannten komplementärmedizinischen Medizinalpersonen.

3 Leistungen von Leistungserbringern im grenznahen Ausland, welche die gleichen oder ähnliche Voraussetzungen wie in der Schweiz tätige Leistungserbringer erfüllen, werden zu den gleichen Bedingungen wie in der Schweiz vergütet.

4 Aus der Rechnungsstellung müssen Diagnose, Methode und Behandlungsdauer ersichtlich sein. Falls vorhanden, werden die Vergütungen der Leistungen nach Tarifen und Verträgen vorgenommen. Maximal wird ein Stundenansatz von CHF 120.- anerkannt.

5 Die Versicherung AGRI-natürlich muss für die Dauer von mindestens einem Jahr abgeschlossen werden.

Art. 5 Leistungsumfang

1 Die Agrisano Versicherungen AG vergütet 90 % der Behandlungskosten und 50 % der Kosten von Medikamenten, Arznei- und Behandlungsmitteln, welche im Zusammenhang mit der durchgeführten Behandlung notwendig sind.

2 Pro Kalenderjahr werden insgesamt maximal CHF 5'000.- vergütet.

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 6 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Sofern die vorliegenden Zusatzbedingungen (ZB) keine anderweitigen Regelungen enthalten, gelten sinngemäss die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Agrisano Versicherungen AG.

ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-dental

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Ergänzungsversicherung

1 AGRI-dental ist eine Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

2 AGRI-dental setzt den Versicherungsschutz von AGRI-spezial voraus. Ein Abschluss von AGRI-dental ohne eine bestehende Versicherungsdeckung durch AGRI-spezial ist nicht möglich. Wird AGRI-spezial aufgelöst, so fällt damit auch die Versicherung AGRI-dental dahin.

II. PRÄMIEN

Art. 2 Prämienkategorien

Es bestehen folgende Prämienkategorien:

- a) 10 bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
- b) 18 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- c) 25 bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
- d) 30 bis zum vollendeten 30. Lebensjahr
- e) 35 bis zum vollendeten 35. Lebensjahr
- f) 40 bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
- g) 45 bis zum vollendeten 45. Lebensjahr
- h) 50 bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
- i) 55 bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- j) 60 bis zum vollendeten 60. Lebensjahr
- k) 65 bis zum vollendeten 65. Lebensjahr
- l) 70 nach dem vollendeten 65. Lebensjahr

III. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG

Art. 3 Beginn und Ende der Versicherung

1 Ergänzend zu den Bestimmungen in Art. 7 bis 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) haben Neugeborene Anspruch auf einen vorbehaltlosen Anschluss auf den Tag der Geburt.

2 Ein Vertragsabschluss ist bis zur Vollendung des 55. Altersjahres möglich.

IV. LEISTUNGEN

Art. 4 Leistungserbringer

Als Leistungserbringer gelten Zahnärzte, welche eine KVG-Anerkennung oder eine Praxisbewilligung in einem die Schweiz angrenzenden Land ausweisen.

Art. 5 Leistungsumfang

1 Die Leistungen von AGRI-dental werden im Nachgang zu anderen bei der Agrisano Versicherungen AG versicherten zahnärztlichen Leistungen sowie bei Leistungen aus anderen Sozialversicherungen (z.B. KVG, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) erbracht.

2 AGRI-dental vergütet einen Beitrag an zahnärztliche Behandlungen und Verrichtungen bis zu einem Beitrag pro Kalenderjahr und dem prozentualen Anteil, die auf der Versicherungspolice aufgeführt sind.

3 Ist eine Franchise versichert, gilt diese pro Kalenderjahr und ist diese vorgängig zum versicherten Leistungsanteil zu entrichten.

4 Nicht versichert sind Leistungen als Folge der Nichteinhaltung von Anordnungen des Leistungserbringers oder der unentschuldig verspäteten Meldung des Ereignisses.

Art. 6 Karenzfristen

1 Für zahnprophylaktische Behandlungen (z.B. Dentalhygiene) besteht eine Karenzfrist von sechs Versicherungsmonaten.

2 Für alle übrigen Behandlungen und Verrichtungen beträgt die Karenzfrist zwölf Versicherungsmonate.

Art. 7 Geltendmachung von Ansprüchen

1 Zur Geltendmachung von Ansprüchen sind der Agrisano Versicherungen AG Originalbelege und, falls nötig, leistungsbegründende Berichte unaufgefordert zuzustellen.

2 Rückerstattungsansprüche setzen das Vorliegen einer tarif- und vertragskonformen Rechnungsstellung gemäss KVG voraus. Liegt keine solche Rechnungsstellung vor, kann die Agrisano Versicherungen AG eine entsprechende Kürzung oder vollständige Ablehnung vornehmen.

3 Honorarschuldner gegenüber dem Leistungserbringer ist die versicherte Person oder deren Vertreter. Die Agrisano Versicherungen AG vergütet die Leistungsansprüche ausschliesslich an diese.

4 Die Rückerstattungsbelege dürfen längstens eine Behandlungsdauer von sechs Monaten beinhalten.

5 Bei Vertragsbeendigung müssen sämtliche Leistungsansprüche innert sechs Monaten der Agrisano Versicherungen AG vorliegen.

6 Bei Nichteinhaltung der Fristen gemäss Absatz 4 und 5 besteht kein Leistungsanspruch.

V. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 8 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Sofern die vorliegenden Zusatzbedingungen (ZB) keine anderweitigen Regelungen enthalten, gelten sinngemäss die AVB der Agrisano Versicherungen AG.

ZUSATZBEDINGUNGEN AGRI-revenu (Taggeld Landwirtschaft)

Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Zweck und Rechtsgrundlage

- 1 Mit AGRI-revenu können in der Landwirtschaft tätige Personen eine Taggeldversicherung als Schadenversicherung gegen die Folgen einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft abschliessen.
- 2 Ergänzend zu diesen Zusatzbedingungen (ZB) gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Agrisano Versicherungen AG sowie das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

II. BEGINN, ENDE UND RUHEN DER VERSICHERUNG

Art. 2 Beitritt

AGRI-revenu können alle in der schweizerischen Landwirtschaft tätigen Personen beitreten, sofern sie voll arbeitsfähig sind, im Tätigkeitsgebiet der Agrisano Versicherungen AG Wohnsitz haben oder dort erwerbstätig sind, das 15. Altersjahr vollendet haben, aber das ordentliche AHV-Rentalter noch nicht erreicht haben.

Art. 3 Beginn

Der Beitritt zu AGRI-revenu ist jederzeit auf den ersten eines Monats möglich.

Art. 4 Gesundheitsprüfung und provisorische Deckung

- 1 Bei Aufnahme oder bei Erhöhung der Versicherungsdeckung wird eine Gesundheitsprüfung vorgenommen. Dazu ist das von der Agrisano Versicherungen AG vorgesehene Formular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Ebenso ist der Antragsteller für die Zustellung allfällig verlangter ergänzender Angaben oder ärztlicher Unterlagen zuständig.
- 2 Die Agrisano Versicherungen AG ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder den Versicherungsantrag gänzlich abzulehnen.
- 3 Wird ein Vorbehalt angebracht, so kann die versicherte Person frühestens nach Ablauf von zwei Jahren auf eigene Kosten eine Überprüfung verlangen.
- 4 Der Versicherungsschutz ist für jede Person von dem im Anmeldeformular genannten Termin an bis zum Zeitpunkt der Aushändigung der Versicherungspolice provisorisch. Tritt während der Dauer des provisorischen Versicherungsschutzes ein Versicherungsfall ein, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn aus den gemäss beizubringenden Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherungsfall auf eine Krankheit, einen Unfall oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, der bereits vor Beginn des provisorischen Versicherungsschutzes bestanden hat.

Art. 5 Anzeigepflichtverletzung

- 1 Bei Verletzung der Anzeigepflicht hat die Agrisano Versicherungen AG innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung das Recht, den Vertrag zu kündigen.
- 2 Im Weiteren gelten die entsprechenden Bestimmungen des VVG.

Art. 6 Ende / Reduktion der Taggeldhöhe

- 1 Neben den in den AVB der Agrisano Versicherungen AG erwähnten Beendigungsgründen erlischt AGRI-revenu ordentlichweise auch bei:
 - a) Eintritt ins AHV-Rentalter;
 - b) Wegzug ins Ausland;
 - c) Kündigung oder Tod;
 - d) Erschöpfung des Anspruchs auf Leistungen (Aussteuerung);
 - e) Ausschluss.
- 2 Eine Reduktion des versicherten Taggeldes kann jeweils unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Monats erfolgen.

Art. 7 Missbrauch

Erweist sich das Verhalten einer versicherten Person als missbräuchlich oder sonst unentschuldigbar, kann das Versicherungsverhältnis nach vor-

ausgegangener Androhung der Sanktionen per sofort aufgelöst werden. Missbräuchliches oder unentschuldigbares Verhalten liegt insbesondere vor, wenn die versicherte Person:

- a) den Versicherungsantrag nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt hat (Artikel 6 VVG);
- b) sich den Anordnungen der Agrisano Versicherungen AG oder des Arztes wiederholt widersetzt oder diese schwer verletzt;
- c) mit der Bezahlung der Prämien in Verzug ist und einer Zahlungsaufforderung mit Androhung der Auflösung der Versicherung nicht innert Monatsfrist nachkommt;
- d) Tätigkeiten vornimmt, die einen versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauch zum Inhalt haben.

Art. 8 Sistierung

1 Gegen eine Risikoprämie von 10 % der ordentlichen Prämie, im Minimum CHF 10.- pro Monat, kann AGRI-revenu in folgenden Fällen maximal für fünf Jahre sistiert werden:

- a) Obligatorische Mitgliedschaft bei einer gleichwertigen Versicherung;
 - b) Militär- oder Zivildienst von zusammenhängend mehr als zwei vollständigen Monaten;
 - c) Auslandsaufenthalt von mehr als 60 Tagen.
- 2 Anspruch auf die reduzierte Prämie besteht nur für die Dauer des Sistierungsgrundes. Die Sistierung ist im Voraus schriftlich zu beantragen.
- 3 Nach fünfjähriger Sistierung wird die Versicherung beendet.
- 4 Fällt der Sistierungsgrund dahin, ist die versicherte Person verpflichtet, dies der Agrisano Versicherungen AG schriftlich begründet mitzuteilen, wobei die versicherte Person zum Zeitpunkt der Auflösung der Sistierung arbeitsfähig sein muss. Mit Eintreffen der Meldung wird AGRI-revenu wieder aktiviert.

Art. 9 Übertritt in die Einzelversicherung

- 1 Ab Ende der Mitgliedschaft aus der Kollektivversicherung hat die versicherte Person die Möglichkeit, die Versicherung in der Einzelversicherung weiterzuführen.
- 2 Die Weiterführung der Versicherung muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Versicherungsverhältnisses schriftlich beantragt werden. Vorbehalten bleibt Artikel 100 Abs. 2 VVG bei Versicherten, die bei Austritt aus der Kollektivversicherung arbeitslos werden.

III. VERSICHERUNGSANGEBOT

Art. 10 Versicherungsangebot

- 1 Das tägliche Kranken- und Unfalltaggeld beträgt insgesamt mindestens CHF 30.-. Das Unfallrisiko kann nicht ausgeschlossen werden.
- 2 Die Wartezeiten können wie folgt gewählt werden:
 - a) 14 Tage
 - b) 30 Tage
 - c) 60 Tage
- 3 Die Wartezeiten können kombiniert werden.
- 4 Sofern kein Taggeldbezug besteht oder ansteht, können Taggeldversicherungen im Ausmass gleicher Prämien in eine andere Taggeldversicherungsvariante umgewandelt werden. Für das so entstehende höhere Taggeld gilt die Altersstufeneinteilung des umzuwandelnden Taggeldes. Die Agrisano Versicherungen AG kann für die Taggelderhöhung eine Risikoprüfung vornehmen und Vorbehalte gemäss Art. 4 dieser ZB anbringen.

IV. PRÄMIEN

Art. 11 Prämienkategorien

- 1 Es bestehen folgende Prämienkategorien:
 - a) 18 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
 - b) 25 bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
 - c) 30 bis zum vollendeten 30. Lebensjahr
 - d) 35 bis zum vollendeten 35. Lebensjahr
 - e) 40 bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
 - f) 45 bis zum vollendeten 45. Lebensjahr

- g) 50 bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
- h) 55 bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- i) 60 bis zum vollendeten 60. Lebensjahr
- j) 65 ab dem vollendeten 60. Lebensjahr

2 Die Versicherten der Prämienkategorie 18 werden nach Vollendung des 18. Altersjahres in die Prämienkategorie 25, die Versicherten der Prämienkategorie 25 nach Vollendung des 25. Altersjahres in die Prämienkategorie 30 umgeteilt. Danach bleiben die Versicherten in ihrer Prämienkategorie.

3 Die Umteilung erfolgt jeweils auf den Beginn des nächsten Kalenderjahres.

4 Bei Höher- oder Neuversicherung nach dem 30. Altersjahr gilt für die Zuteilung der Prämienkategorie der neu gewährten Leistungen das effektive Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Beginns der Höherversicherung.

Art. 12 Prämienhöhe und -zahlung

1 Die Prämien für AGRI-revenu werden durch den Verwaltungsrat festgelegt.

2 Die Prämien können nach Kategorien und Regionen abgestuft werden.

3 Die Versicherten haben die Prämien für volle Monate, in gesunden und kranken Tagen, im Voraus zu bezahlen.

4 Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die AVB der Agrisano Versicherungen AG.

V. LEISTUNGEN

Art. 13 Leistungsvoraussetzung

1 Leistungsvoraussetzung ist eine vom behandelnden Arzt oder Chiropraktor bescheinigte und tatsächlich bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %.

2 Anspruch auf Leistungen besteht nur insoweit, als dem Versicherten kein Versicherungsgewinn (Überentschädigung) erwächst.

3 Für Krankheit, Unfall und Mutterschaft wird die Dauer der Anspruchsberechtigung getrennt berechnet.

Art. 14 Leistungsumfang

1 Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang, den AVB sowie diesen ZB.

2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % wird die Leistung entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

3 Bei Arbeitsunfähigkeit während eines Auslandsaufenthaltes wird die Leistung nur während der Dauer eines stationären Aufenthaltes ausgerichtet.

Art. 15 Leistungsumfang bei Mutterschaft

1 Die Versicherte hat, vorbehaltlich der Überentschädigung, Anspruch auf ein Mutterschaftstaggeld von maximal 70 Tagen. Die Wartefrist wird mitberücksichtigt.

2 Beträgt die Dauer zwischen Versicherungsbeginn und Niederkunft mehr als 365 Tage, so wird das volle Mutterschaftstaggeld ausgerichtet.

3 Beträgt die Dauer zwischen Versicherungsbeginn und Niederkunft zwischen 364 und 210 Tage, so wird das hälftige Mutterschaftstaggeld ausgerichtet.

4 Beträgt die Dauer zwischen Versicherungsbeginn und Niederkunft weniger als 210 Tage, so besteht kein Anspruch auf Mutterschaftstaggeld.

5 Das Mutterschaftstaggeld beginnt 14 Tage vor der Niederkunft und endet spätestens 56 Tage nach der Geburt.

6 Es wird ausgerichtet, wenn die Schwangerschaft mindestens 26 Wochen andauerte.

7 Bei einer ganzen oder teilweisen Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit vor dem 56. Tag nach der Geburt, endet das Mutterschaftstaggeld mit der Aufnahme der ganzen oder teilweisen Erwerbstätigkeit.

8 Kumuliert sich die Mutterschaftsleistung mit einer Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung (EOG), so wird die Taggeldleistung nur soweit ausgerichtet, dass keine Überentschädigung entsteht.

Art. 16 Wartefristen

1 Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit.

2 Für die Bemessung und Erfüllung der Wartefrist werden Perioden von Krankheits- und Unfalltagen mit einer zusammenhängenden Dauer von mehr als acht Tagen innerhalb von 365 Tagen kumuliert. Kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten werden nicht berücksichtigt. Die vereinbarte Wartefrist wird nur einmal innert 365 Tagen berechnet.

3 Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % gelten für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage.

4 Die Wartefrist wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

Art. 17 Leistungsumfang bei Krankheit

1 Der maximale Leistungsanspruch beträgt 730 Taggelder. Der Leistungsanspruch endet nach dem Bezug des maximalen Leistungsanspruchs im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen.

2 Nach der Erreichung des maximalen Leistungsanspruches endet AGRI-revenu.

3 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend reduziertes Taggeld erbracht.

4 Taggelder, die infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit nur reduziert ausgerichtet werden oder infolge Überversicherung gekürzt werden, gelten bezüglich der Anrechnung an die maximale Bezugsdauer als ganze Taggelder.

Art. 18 Leistungsumfang bei Unfall

1 Der maximale Leistungsanspruch beträgt 730 Taggelder. Der Leistungsanspruch endet nach dem Bezug des maximalen Leistungsanspruches im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen.

2 Nach der Erreichung des maximalen Leistungsanspruches endet AGRI-revenu.

3 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend reduziertes Taggeld erbracht.

4 Taggelder, die infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit nur reduziert ausgerichtet werden oder infolge Überversicherung gekürzt werden, gelten bezüglich der Anrechnung an die maximale Bezugsdauer als ganze Taggelder.

Art. 19 Zusammenfall des Leistungsanspruches bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft

1 Fallen Leistungsansprüche zusammen, so kann maximal das versicherte Taggeld ausgerichtet werden.

2 Der Leistungsanspruch wegen Mutterschaft geht allen anderen Leistungsansprüchen vor.

3 Endet ein Leistungsanspruch wegen Krankheit nach der maximalen Bezugsdauer von 730 Tagen und besteht gleichzeitig noch Anspruch auf Unfalltaggeldleistungen im Umfang der vorhandenen Arbeitsfähigkeit, bleibt der Unfalltaggeldanspruch im Rahmen der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bis zur maximalen Unfalltaggeldbezugsdauer erhalten. Die Prämie wird als Folge der teilweisen Aussteuerung nicht verändert.

4 Endet ein Leistungsanspruch wegen Unfall nach der maximalen Bezugsdauer von 730 Tagen und besteht gleichzeitig noch Anspruch auf Krankentaggeldleistungen im Umfang der vorhandenen Arbeitsfähigkeit, bleibt der Krankentaggeldanspruch im Rahmen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bis zur maximalen Krankentaggeldbezugsdauer erhalten. Die Prämie wird als Folge der teilweisen Aussteuerung nicht verändert.

Art. 20 Verzicht auf Taggeldleistungen

Macht der Versicherte zum Zwecke der Verhinderung der Erreichung der maximalen Bezugsdauer Taggeldleistungen nicht geltend, so werden diese an die maximale Bezugsdauer angerechnet, wie wenn sie bezogen worden wären.

Art. 21 AHV-Alter

1 Auf das Ende desjenigen Monats, in welchem die versicherte Person das ordentliche AHV-Alter erreicht, erlischt AGRI-revenu.

2 Versicherte, die über das ordentliche AHV-Alter hinaus erwerbstätig sind, können die Weiterführung einer bestehenden Versicherung von maximal CHF 50.- pro Tag beantragen. Ein verbindlicher Anspruch besteht nicht.

3 Wer die Weiterführung beantragt, hat spätestens im Monat vor Eintritt ins ordentliche Rentenalter das von der Agrisano Versicherungen AG zur Verfügung gestellte Formular vollständig ausgefüllt einzureichen.

4 Eine im AHV-Alter weiter bestehende Versicherung dauert längstens bis zur Vollendung des 70. Altersjahres. Die Taggeldleistungen werden in

Abweichung zum generellen Leistungsumfang insgesamt längstens für 180 Tage ausgerichtet. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer ange-rechnet.

VI. HÖHERVERSICHERUNG

Art. 22 Automatische Höherversicherung

- 1 Die Agrisano Versicherungen AG passt der versicherten Person ab Vollendung des 25. Altersjahr bis Vollendung des 55. Altersjahr, unter Wahrung der Altersstufeneinteilung, das versicherte Taggeld in der Regel alle zwei Jahre der Preis- und Lohnentwicklung an.
- 2 Ausgeschlossen von der Höherversicherung sind versicherte Perso-nen, die bereits im Leistungsbezug stehen oder einen Anspruch auf ein-en Leistungsbezug haben.
- 3 Die Agrisano Versicherungen AG teilt der versicherten Person die Taggelderhöhung schriftlich mit.
- 4 Die versicherte Person hat das Recht, die Taggelderhöhung abzu- lehnen. Das Ablehnungsschreiben muss innerhalb einer Frist von 30 Tagen, seit dem die versicherte Person die Mitteilung der Agrisano Versicherungen AG erhalten hat, bei der Agrisano Versicherungen AG eintreffen.
- 5 Lehnt die versicherte Person die Anpassung des Taggeldes ab, wird eine später verlangte Taggelderhöhung gemäss den ordentlichen Bedin- gungen behandelt.
- 6 Wird Personen die Taggeldversicherung aufgrund der vorgenannten Bestimmungen erhöht und stellt sich im Nachhinein heraus, dass dieser aufgrund eines noch nicht gemeldeten und vergüteten Leistungsbezuges nicht berechtigt gewesen wäre, kann die Agrisano Versicherungen AG die Erhöhung rückgängig machen.

VII. ÜBERENTSCHÄDIGUNG

Art. 23 Überentschädigung/Versicherungsgewinn

- 1 Anspruch auf Leistungen aus AGRI-revenu besteht nur insoweit, als dem Versicherten kein Versicherungsgewinn (Überentschädigung) er- wächst.
- 2 Zur Berechnung der Überentschädigung werden die Leistungen ander- er Versicherer nach der Bestimmung von Art. 35 der AVB mitberücksich- tigt.
- 3 Ein Versicherungsgewinn liegt dann vor, wenn im Leistungsfall eine wirtschaftliche Besserstellung eintritt. Massgebend für die Bemessung sind die vergangenen 36 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
- 4 Eine wirtschaftliche Besserstellung definiert sich dadurch, dass infolge Arbeitsunfähigkeit und daraus resultierenden Taggeldleistungen das Ein- kommen gegenüber der Situation ohne Arbeitsunfähigkeit höher aus- fällt. Der Anfall von ausgewiesenen arbeitsunfähigkeitsbedingten Kosten für Dritte (z.B. Betriebsshelferaufwand oder Lohnkosten) wird dabei mit- berücksichtigt.
- 5 Versicherten Personen, bei denen durch eine Taggeldleistung gemäss Absatz 4 eine wirtschaftliche Besserstellung eintritt, wird das Taggeld in dem Umfang gekürzt, dass die wirtschaftliche Besserstellung entfällt. Es beträgt jedoch mindestens CHF 30.- pro Tag.

Art. 24 Verhältnis zu anderen Versicherern

Den Leistungen von AGRI-revenu gehen im Rahmen einer allfälligen Überversicherung folgende Leistungen vor:

- a) EO (Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung)
- b) AHV (Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung)
- c) IV (Bundesgesetz über die Invalidenversicherung)
- d) MV (Bundesgesetz über die Militärversicherung)
- e) UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung)
- f) Andere Sozialversicherungen, soweit keine expliziten gesetzlichen Koordinationsbestimmungen gelten.
- g) Haftpflichtansprüche gegenüber Dritten.

Art. 25 Rückforderung und Leistungsabtretung

- 1 Bei einer Leistungspflicht eines Sozialversicherers ist die Agrisano Versicherungen AG berechtigt, bei diesem von ihm vorschussweise er- brachte Leistungen direkt zurückzufordern. Der Betrag der Rückforde- rung bemisst sich nach der Höhe der Überentschädigung.
- 2 Wird die Agrisano Versicherungen AG anstelle eines haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherers in Anspruch genommen, so

tritt der Versicherte der Agrisano Versicherungen AG im Rahmen der ausgerichteten Leistungen seine Ansprüche ab.

VIII. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN UND MITTEILUNGEN

Art. 26 Meldepflicht

- 1 Taggeldansprüche sind der Agrisano Versicherungen AG innert zehn Tagen seit Eintritt des leistungsberechtigten Ereignisses zu melden. Die Meldepflicht gilt unabhängig von der vereinbarten Wartefrist.
- 2 Wird von der Agrisano Versicherungen AG das Einreichen eines voll- ständig ausgefüllten Taggeldmeldeformulars verlangt, so ist die versi- cherte Person für die fristgerechte Einreichung verantwortlich.
- 3 Bei Unfalltaggeldansprüchen ist der Agrisano Versicherungen AG das zugestellte Unfallmeldeformular innert 10 Tagen ausgefüllt zurückzu- senden.
- 4 Bei Unterlassung der Meldepflicht ohne ausreichende oder ent- schuld bare Begründung gewährt die Agrisano Versicherungen AG grund- sätzlich keine oder nur reduzierte Leistungen.
- 5 Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Arbeitsunfä- higkeit der Agrisano Versicherungen AG unverzüglich zu melden.
- 6 Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Un- fallmeldungen sowie rückwirkende Erhöhungen der Arbeitsunfähigkeit zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig.

Art. 27 Auskunftspflicht

- 1 Die versicherte Person stellt der Agrisano Versicherungen AG sämt- liche erforderlichen Informationen zur Verfügung, welche zur Beurteilung und Bemessung beantragter Taggeldleistungsansprüche erforderlich sind.
- 2 Die Agrisano Versicherungen AG ist berechtigt, die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall zu überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen zu ergreifen.
- 3 Geht aus den beigebrachten Unterlagen der berechnete Taggeldan- spruch nicht schlüssig hervor, kann die Agrisano Versicherungen AG die versicherte Person vorladen und auf ihre Kosten eine medizinische Beur- teilung bei einem Arzt ihrer Wahl anordnen.

IX. VERSCHIEDENES UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 28 Rückerstattung

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versi- cherten Person der Agrisano Versicherungen AG zurückerstattet werden.

Art. 29 Überschussbeteiligung

Sofern das Rechnungsergebnis und die Solvenz eine Überschussbeteili- gung zulassen, kann die Agrisano Versicherungen AG, insbesondere den- jenigen Versicherten, die dazu beigetragen haben, eine solche ausrich- ten.

ZUSATZBEDINGUNGEN TAGGELDVERSICHERUNG

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINES

Art. 1 Zweck

- 1 Die Taggeldversicherung gewährt Leistungen für Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit und Unfall.
- 2 Das Unfallrisiko ist wahlweise mitversichert.

II. PRÄMIEN

Art. 2 Prämienkategorien

- 1 Es bestehen folgende Prämienkategorien:
 - a) 18 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
 - b) 25 bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
 - c) 30 bis zum vollendeten 30. Lebensjahr
 - d) 35 bis zum vollendeten 35. Lebensjahr
 - e) 40 bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
 - f) 45 bis zum vollendeten 45. Lebensjahr
 - g) 50 bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
 - h) 55 bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
 - i) 60 bis zum vollendeten 60. Lebensjahr
 - j) 65 ab dem vollendeten 60. Altersjahr
- 2 Die Versicherten treten bei Versicherungsbeginn in die ihrem Alter entsprechende Altersgruppe ein und wechseln nach Vollendung in die nächsthöhere Kategorie.

III. LEISTUNGEN

Art. 3 Leistungsangebot

- 1 Die antragstellende Person kann ein Taggeld von CHF 10.- bis CHF 500.- abschliessen.
- 2 Die Wartezeiten können wie folgt gewählt werden: 14, 30 und 60 Tage.
- 3 Verschiedene Wartezeiten können kombiniert werden.
- 4 Sofern kein Taggeldbezug besteht oder ansteht, können Taggeldversicherungen im Ausmasse gleicher Prämien in eine andere Taggeldversicherungsvariante umgewandelt werden. Die Agrisano Versicherungen AG kann für die Taggelderhöhung eine Risikoprüfung vornehmen und Vorbehalte anbringen.

Art. 4 Leistungsvoraussetzungen

- 1 Leistungsvoraussetzung ist eine vom behandelnden Arzt oder Chiropraktiker bescheinigte und tatsächlich bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %. Ab einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr wird

das Taggeld entsprechend dem Grad der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

- 2 Anspruch auf Taggeldleistungen im Rahmen des entgangenen Verdienstes besteht nur insoweit, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn (Überentschädigung) erwächst.
- 3 Zur Berechnung der Überentschädigung werden die Leistungen anderer Versicherer nach der Bestimmung von Art. 35 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) mitberücksichtigt.
- 4 Ein Versicherungsgewinn liegt dann vor, wenn im Leistungsfall eine wirtschaftliche Besserstellung eintritt. Massgebend für die Bemessung sind die vergangenen 36 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, die zum Taggeldbezug berechtigt.

Art. 5 Leistungsbeginn

- 1 Die Wartezeit muss pro Fall erfüllt werden.
- 2 Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % gelten für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage.

Art. 6 Leistungsdauer

- 1 Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten oder falls abgeschlossen für einen oder mehrere Unfälle zusammen während einer Bezugsdauer von maximal 730 im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet.
- 2 Taggelder, die infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit reduziert ausgerichtet werden oder infolge Überversicherung gemäss Art. 4 Absatz 2 gekürzt werden, gelten bezüglich der Anrechnung an die maximale Bezugsdauer als ganze Taggelder.
- 3 Die vereinbarte Wartezeit gilt als Bezugsdauer.
- 4 Ist die maximale Bezugsdauer von 730 Taggeldern innerhalb der Zeitperiode von 900 Tagen erreicht, fällt die Taggeldversicherung dahin.
- 5 Macht der Versicherte zum Zwecke der Verhinderung der Erreichung der maximalen Bezugsdauer Taggeldleistungen nicht geltend, so werden diese an die maximale Bezugsdauer angerechnet, wie wenn sie bezogen worden wären.

Art. 7 AHV-Alter

Auf das Ende desjenigen Monats, in welchem die versicherte Person das ordentliche AHV-Alter erreicht, erlischt die Taggeldversicherung.

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 8 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Sofern die vorliegenden Zusatzbedingungen (ZB) keine anderweitigen Regelungen enthalten, gelten sinngemäss die AVB der Agrisano Versicherungen AG.

AUSHILFENVERSICHERUNG

Unfallversicherung der Agrisano Stiftung (nachfolgend Agrisano), Laurstrasse 10, 5200 Brugg, für das nicht dem UVG unterstellte Aushilfspersonal. Versicherungsträger ist die SOLIDA Versicherungen AG (nachfolgend Solida), Saumackerstr. 35, 8048 Zürich

Ausgabe 2012

I. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter

1 Geltungsbereich

Diese AVB gelten für die Unfallversicherung für das nicht dem UVG unterstellte Aushilfspersonal (Aushilfenversicherung), die zwischen der SOLIDA und der Agrisano mittels Kollektivversicherungsvertrag vereinbart wurde.

2 Versicherungsträger

Versicherungsträgerin ist die SOLIDA.

3 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

Einzelversicherung

Die Einzelversicherung kann von jeder bei der Agrisano Krankenkasse AG oder Agrisano Versicherungen AG versicherten Person auf den Beginn eines Monats in Kombination mit einer anderen Versicherung abgeschlossen werden. Der alleinige Abschluss der Einzelversicherung ist nicht möglich. Die Vertragsdauer gilt für eine unbegrenzte Zeit. Die Mitgliedschaft in der Aushilfenversicherung kann vom Versicherungsnehmer und von der Agrisano unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten per 30.6 oder 31.12 eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Betriebsversicherung

Landwirtschaftsbetriebe können, auch wenn sie in der Rechtsform der juristischen Person (Genossenschaften, Aktiengesellschaften, GmbH, etc.) geführt werden, für ihren Betrieb eine Betriebsversicherung abschliessen. Der Beitritt zur Versicherung ist jeweils auf den Beginn eines Monats möglich. Die Vertragsdauer gilt für eine unbegrenzte Zeit. Die Mitgliedschaft in der Aushilfenversicherung kann vom Versicherungsnehmer und von der Agrisano unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten per 30.6 oder 31.12 eines Kalenderjahres gekündigt werden

4 Versicherte Personen

Versichert sind Aushilfen jeden Alters, sofern sie nicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20.3.1981 (UVG) unterstellt sind. Bestehen Zweifel über die Unterstellung, sind die betreffenden Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) massgebend. Nicht als Aushilfen gelten und somit nicht versichert sind Familienangehörige des Versicherungsnehmers, welche auf dem gleichen Betrieb oder im selben Haushalt leben.

5 Leistungsanspruch

Versichert sind nur Berufsunfälle inkl. Arbeitsweg. Für die Abgrenzung gelten die Bestimmungen des UVG zur Zeit des Unfalls. Nicht versichert sind Personen, die dem UVG unterstehen.

6 Ausschlüsse

Nicht versichert sind Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz.

7 Versicherungsleistungen

7.1 Heilungskosten

Die SOLIDA übernimmt die in lit. a) bis c) hiernach aufgeführten Kosten in betraglich unbegrenzter Höhe, soweit sie innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstehen. Diese umfassen:

- die ambulante Behandlung durch den Arzt oder den Zahnarzt und die auf Anordnung des Arztes durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanstaltungen. Mehrkosten, die durch Sonderwünsche des Versicherten entstehen, z. B. besonders aufwendige und teure bzw. rein kosmetische Mass-

- nahmen, werden nicht bezahlt; ferner werden die zur Heilung dienlichen Hilfsmittel, wie Stützkorsetts und dergleichen, nicht aber Prothesenkosten übernommen;
- die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel;
- die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung der zuständigen öffentlichen Heilanstalt. Wird ein Versicherter aus medizinischen Gründen in einer öffentlichen Heilanstalt ausserhalb seines Wohnkantons behandelt, so werden die Kosten der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt übernommen;
- die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren. Voll übernommen werden die Behandlungskosten. Der Beitrag für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung beträgt höchstens CHF 50.- pro Tag;
- die notwendigen Reise-, Transport- und Rettungskosten bis höchstens CHF 10'000.- pro Fall;
- die notwendige Überführung einer Leiche an den Bestattungsort bis höchstens CHF 5'000.-.

Die Leistungen entfallen in dem Masse, als sie von einem haftpflichtigen Dritten übernommen werden.

7.2 Unfalltaggeld

Führt der Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit, besteht während der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit für Personen, die das 15. Altersjahr beendet haben, Anspruch auf ein Taggeld von CHF 50.-. Die Taggeldleistung beginnt am 15. Tag nach dem Unfalltag. Sie ist begrenzt auf die 720 Tage, die dem Unfalltag folgen. Das Taggeld wird voll oder teilweise, je nach Ausmass der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls das 65. Altersjahr überschritten, wird das halbe Taggeld ausbezahlt. Kinder, welche im Zeitpunkt des Unfalls noch nicht 15 Jahre alt sind, erhalten kein Taggeld.

7.3 Invaliditätskapital

Versichert ist ein Invaliditätskapital von CHF 50'000.- mit Progression. Hat der Unfall innert fünf Jahren seit dem Unfalltag eine voraussichtlich bleibende, d.h. lebenslängliche medizinisch theoretische Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt, ausbezahlt. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird nicht berücksichtigt. Das Kapital wird ausgerichtet, sobald der Invaliditätsgrad definitiv feststellbar ist. Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Der Anspruch erlischt mit dem Tode der versicherten Person. Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Grundsätzen bestimmt: Feste Invaliditätsgrade bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit:

100%	beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füße, eines Armes oder einer Hand und zugleich eines Beines oder Fusses
70%	eines Armes im Oberarm
60%	eines Unterarmes oder einer Hand
22%	eines Daumens
15%	eines Zeigefingers
8%	eines anderen Fingers
60%	eines Beines im Oberschenkel
50%	eines Beines im Kniegelenk oder im Unterschenkel
40%	eines Fusses
100%	der Sehkraft beider Augen
30%	der Sehkraft eines Auges
60%	des Gehörs auf beiden Ohren
15%	des Gehörs auf einem Ohr

Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad. Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt; er kann aber nie mehr als 100% betragen. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen. Eine Erschwerung der Unfallfolgen infolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung, als wenn der Unfall eine körperlich unversehrte Person betroffen hätte. Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht

nach den vorgenannten Fällen bestimmen, erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades nach den gleichen Richtlinien wie die Bemessung des Integritätsschadens gemäss UVG bzw. UVV. Dabei werden insbesondere die von der SUVA publizierte Tabellen „Integritätsentschädigungen gemäss UVG“ zur Anwendung gebracht. Für psychische und nervöse Störungen wird eine Invaliditätsentschädigung nur gewährt, soweit sie auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind. Die endgültige Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes des Versicherten. Die SOLIDA darf jedoch fünf Jahre nach dem Unfall oder später den Invaliditätsgrad abschliessend feststellen lassen. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Feststellung ermittelt. Nach dieser Feststellung des Invaliditätsgrades eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, bleiben unbeachtlich. Da progressive Invaliditätsversicherung vereinbart ist, wird die Entschädigung wie folgt ermittelt:

Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe; für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe; für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der fünffachen für Invalidität versicherten Summe.

Dadurch werden die Invaliditätssätze bei Invalidität von über 25% wie folgt erhöht:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten, entfällt die progressive Invaliditätsversicherung, d.h. die Entschädigung erfolgt aufgrund der einfachen versicherten Summe.

7.4 Todesfall

Das Todesfallkapital beträgt für Personen, die das 15. Altersjahr vollendet haben CHF 25'000.-, für jüngere und Personen, die im Zeitpunkt des Unfalles der zum Tode führt, das 65. Altersjahr überschritten haben, die Hälfte. Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalls, so zahlt die SOLIDA die Todesfallsumme an die folgenden, nacheinander bezugsberechtigten Personen:

- den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner;
- die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen;
- die Eltern.

Sind keine der vorerwähnten Hinterbliebenen vorhanden, so zahlt die SOLIDA CHF 2'000.- als Bestattungskosten. Ein allenfalls bereits ausbezahltes Invaliditätskapital wird auf das Todesfallkapital angerechnet.

8 Verhalten bei einem Unfall

a) Unfallanzeige

Nach Eintritt eines Unfalls ist der zuständigen Regionalstelle der Agrisano oder dem Hauptsitz der Agrisano, Laurstrasse 10, 5200 Brugg, eine vollständig ausgefüllte Unfallanzeige einzureichen. Von einem Todesfall ist die Meldung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall (wenn nötig telefonisch) zu erstatten.

b) Unfallbehandlung

Nach dem Unfall ist so bald als möglich ein patentierter Arzt beizuziehen und für sachgemässe Pflege zu sorgen. Ferner hat der Versicherte bzw. der Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Unfalls und seiner Folgen dienen kann; der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber der SOLIDA zu entbinden und die Untersuchung durch die von der SOLIDA beauftragten Ärzte zu gestatten; im Todesfall haben die Anspruchsberechtigten Hinterlassenen die Einwilligung zur Vornahme einer Sektion zu erteilen, sofern für den Tod noch andere Ursachen als der Unfall möglich sind.

9 Gerichtsstand

Die SOLIDA anerkennt für Streitigkeiten aus dieser Versicherung den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnortes des Versicherten bzw. Anspruchsberechtigten.

10 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag.

11 Inkrafttreten

Diese AVB treten per 01.01.2013 für Unfälle, welche sich ab diesem Datum ereignen, in Kraft.

UNFALLVERSICHERUNG FÜR TOD UND INVALIDITÄT (UTI)

Versicherungsträger: SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstr. 35, 8048 Zürich

Ausgabe 2008

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

I. UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1 Gegenstand der Versicherung und Versicherer

Versicherer und damit Risikoträgerin ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich. Sie versichert die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen, die der Versicherte während der Vertragsdauer erleidet.

Der in der Police (Versicherungsausweis) genannte Krankenversicherer hat mit der SOLIDA Versicherungen AG einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Unfalls abgeschlossen. Die Versicherungsdeckung entsteht mit der Genehmigung der Versicherungsanmeldung durch den Krankenversicherer auf den vereinbarten Zeitpunkt hin. Der Krankenversicherer selbst übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche aus dieser Unfallversicherung.

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 (Versicherungsausweis), allfälligen Nachträgen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) festgelegt.

Soweit in den vorerwähnten Dokumenten eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, halten sich die Parteien an das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie die Aufsichtsverordnung (AVO).

3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein jedoch nur während Reisen und Aufenthalt bis zu zwölf Monaten. Die Versicherung erlischt mit dem Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt und keine weiteren Zusatzversicherungen beim entsprechenden Krankenversicherer weiterführt.

4 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police (Versicherungsausweis) aufgeführten Personen.

II. BEGRIFFBESTIMMUNGEN

5 Versicherungsnehmer und versicherte Person

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

6 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen. Als Unfälle gelten auch:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen;
- Ertrinken;
- Die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern der Versicherte sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

III. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

7 Todesfall

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

Die Todesfallhöchstsumme ist für folgenden Personenkreis beschränkt:

Kinder bis zum vollendeten 30. Altersmonat:	CHF 2'500.-
Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr:	CHF 20'000.-
Erwachsene ab dem vollendeten 65. Altersjahr:	CHF 20'000.-

7.1 Begünstigte im Todesfall

Der Versicherte kann durch schriftliche Mitteilung an den Krankenversicherer, in Abänderung der nachstehenden Regelung, Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Krankenversicherer widerrufen oder abgeändert werden. Fehlt es an einer besonderen Bezeichnung, so gelten naheinander und ausschliesslich als begünstigt:

- der Ehegatte,
- die Kinder, Stief- oder Adoptivkinder,
- die Eltern,
- die Grosseltern,
- die Geschwister und Geschwisterkinder nach Massgabe der gesetzlichen Erbberichtigung.

Sind keine der Anspruchsberechtigten vorhanden, werden nur die Bestattungskosten bis zum Höchstbetrag von 10 % der Versicherungssumme für den Todesfall vergütet, im Maximum CHF 10'000.-.

7.2 Doppelte Todesfallsumme

Ist der Versicherte verheiratet und führt das gleiche Unfallereignis zum Tod beider Ehegatten, wird zu gleichen Teilen an die Hinterbliebenen, minderjährigen oder dauernd erwerbsunfähigen Kinder, Stief- oder Adoptivkinder, die unterstützungsbedürftig sind, noch einmal das versicherte Todesfallkapital ausbezahlt.

8 Invaliditätsfall

Tritt als Folge des Unfalles innerhalb von fünf Jahren eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität ein, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt, welches sich nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und gewählten Leistungsvariante bestimmt. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

8.1 Ermittlung des Invaliditätsgrades

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die nachstehenden Grundsätze verbindlich:

- 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, gänzliche Lähmung und völlige Erblindung.

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Taxierung erfolgt aufgrund der nachfolgenden Prozentsätze:

Oberarm	70%
Unterarm	65%
Hand	60%
Daumen mit Mittelhandglied	25%
Daumen, Mittelhandglied erhalten	22%
vorderstes Glied des Daumens	10%
Zeigefinger	15%
Mittelfinger	10%
Ringfinger	9%
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 anderen Auges vor Eintritt des Unfalls 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 Unfalls bereits vollständig verloren war | 30% |
| Geruchssinn | 10% |
| Geschmackssinn | 10% |
| Niere | 20% |
| Milz | 5% |
| Sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule | 50% |
- b) für eine durch Unfall entstandene dauernde schwere Entstellung des menschlichen Körpers (ästhetische Schäden wie z.B. Narben), für die kein Invaliditätskapital geschuldet ist, die aber dennoch eine Erschwerung der gesellschaftlichen Stellung des Versicherten zur Folge hat, vergütet die SOLIDA
- 10 % der in der Police (Versicherungsausweis) für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Progression) bei Verunstaltung des Gesichtes und/oder
 - 5 % der in der Police (Versicherungsausweis) für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Progression) bei Verunstaltung anderer normalerweise sichtbarer Körperteile.
- Die Leistung für ästhetische Schäden wird auf CHF 20'000.00 begrenzt.
- c) bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.
- d) die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt.
- e) bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades aufgrund ärztlicher Feststellungen in Anlehnung an die von der Suva publizierten Tabellen „Integritätsentschädigung gemäss UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung)“.
- f) bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100% betragen kann, in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt.
- g) Erschwerung der Unfallfolgen zufolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung, als wenn der Unfall eine körperlich unversehrte Person betroffen hätte. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.
- h) die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes des Versicherten, spätestens aber fünf Jahre nach dem Unfall.

8.2 Ermittlung des Invaliditätskapitals

Das Invaliditätskapital wird wie folgt ermittelt:

- a) für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades – aufgrund der einfachen Versicherungssumme;
- b) für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades – aufgrund der dreifachen Versicherungssumme;
- c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades – aufgrund der fünffachen Versicherungssumme.

Die Leistung in Prozenten der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme wird demnach wie folgt erbracht:

IV-Grad	Leistung	IV-Grad	Leistung
26%	28%	64%	170%
27%	31%	65%	175%
28%	34%	66%	180%
29%	37%	67%	185%
30%	40%	68%	190%
31%	43%	69%	195%
32%	46%	70%	200%
33%	49%	71%	205%
34%	52%	72%	210%
35%	55%	73%	215%
36%	58%	74%	220%
37%	61%	75%	225%

38%	64%	76%	230%
39%	67%	77%	235%
40%	70%	78%	240%
41%	73%	79%	245%
42%	76%	80%	250%
43%	79%	81%	255%
44%	82%	82%	260%
45%	85%	83%	265%
46%	88%	84%	270%
47%	91%	85%	275%
48%	94%	86%	280%
49%	97%	87%	285%
50%	100%	88%	290%
51%	105%	89%	295%
52%	110%	90%	300%
53%	115%	91%	305%
54%	120%	92%	310%
55%	125%	93%	315%
56%	130%	94%	320%
57%	135%	95%	325%
58%	140%	96%	330%
59%	145%	97%	335%
60%	150%	98%	340%
61%	155%	99%	345%
62%	160%	100%	350%
63%	165%		

8.3 Auszahlung in Rentenform

Hat der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls das 65. Altersjahr vollendet, so wird die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität im Sinne der vorstehenden Bestimmungen in Form einer lebenslänglichen Rente ausbezahlt. Im Maximum gelangt die einfach versicherte Summe zur Auszahlung, d. h. ohne Progression. Die Rente wird endgültig festgesetzt und ist vierteljährlich im Voraus zahlbar. Pro CHF 1'000.00 Invaliditätskapital beträgt sie pro Jahr:

Invaliditätsalter	Jahresrente
66	CHF 86.-
67	CHF 89.-
68	CHF 93.-
69	CHF 96.-
70	CHF 100.-
darüber	CHF 125.-

Anspruchsberechtigt ist ausschliesslich die versicherte Person.

9 Leistungsbegrenzungen

9.1 Leistungen bei Flugunfällen

Für Unfälle, die der Versicherte bei Flügen erleidet, sind die für den Todes- und Invaliditätsfall versicherten Leistungen der SOLIDA Versicherungen AG aus allen bei ihr zugunsten des Versicherten abgeschlossenen Unfallversicherungen, soweit sie das Flugrisiko ohne besondere Prämie decken, beschränkt auf CHF 500'000.00 im Todesfall und auf CHF 1'000'000.00 bei Invalidität mit einem Grad von 100 %, mit entsprechender Abstufung bei geringeren Invaliditätsgraden.

9.2 Höchstversicherungssummen

Für Kinder bis zum vollendeten 30. Lebensmonat beträgt die Höchstversicherungssumme für den Todesfall CHF 2'500.-, für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr CHF 20'000.-.

Für Versicherte nach vollendetem 65. Altersjahr gelten folgende Höchstversicherungssummen:

Tod	CHF 20'000.-
Invalidität (keine Progression mehr)	CHF 100'000.-

Bestehende höhere Versicherungen werden nach Erreichen dieser Altersgrenze entsprechend herabgesetzt.

9.3 Höchstalter

Neuabschlüsse und Erhöhungen der Versicherungssummen können bis zum vollendeten 65. Altersjahr vorgenommen werden.

IV. EINSCHRÄNKUNGEN DES DECKUNGSUMFANGES

10 Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle

- a) infolge Krieg, Bürgerkrieg und/oder kriegsähnlichen Zuständen
 - in der Schweiz, 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 von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- b) infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- c) infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, Ausübung von Verbrechen oder Vergehen,
 - 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;
- d) infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten oder des Versuchs dazu;
- e) infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie;
- f) bei welchen der Versicherte einen Blutalkoholgehalt von zwei Gewichtspromillen oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall;
- g) 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);
- h) bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmaufklärer;
- i) bei militärischen Fallschirmabsprünge;
- j) bei Luftfahrten, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitze der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist.

Von der Versicherung ausgeschlossen sind

- a) Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die der Versicherte absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat;
- b) Gesundheitsschädigungen infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischer Produkte;
- c) Gesundheitsschädigungen als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden.

11 Kürzungen

11.1 Grobfahrlässigkeit

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

11.2 Unfallfremde Faktoren

Beeinflussen unfallfremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalls, so leistet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden Teil der vereinbarten Leistungen.

11.3 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

Bei schuldhafter Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten obliegenden Verpflichtungen ist der Versicherer befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde (siehe Ziffer 19 und 20).

12 Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

Hat eine zum Bezug des Todesfallkapitals berechnete Person den Tod des Versicherten absichtlich bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme. Diese wird den anderen Bezugsberechtigten im Sinne von Ziffer 7.1 ausgerichtet.

V. BEGINN UND ENDE DES VERTRAGES

13 Vertragsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police (Versicherungsausweis) oder in der schriftlichen Antragsannahmestätigung des Krankenversicherers vereinbarten Datum. Der Antragssteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit der Übergabe oder Absendung des Antrages an den Versicherer.

14 Vertragsdauer

Für den Versicherten gilt die in der Police (Versicherungsausweis) vereinbarte Dauer. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Jahr. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern er vom Versicherungsnehmer nicht fristgerecht gekündigt wird (siehe Ziffer 15.1).

15 Vertragsaufhebung

15.1 Kündigungsfrist

Der Versicherte kann die Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

15.2 Kündigung bei Unfall

Nach jedem Unfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, kann der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat, den Vertrag schriftlich kündigen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung beim Krankenversicherer. Bei vorzeitiger Vertragsaufhebung wird dem Versicherten die nicht verbrauchte Prämie zurückerstattet.

15.3 Kündigung bei Prämienanpassung

Bei Anpassung der Prämien an neue Tarife hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag in seiner Gesamtheit auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag in dem von ihm bestimmten Umfang mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Krankenversicherer eintreffen.

VI. PRÄMIE

16 Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus auf den in der Police (Versicherungsausweis) genannten Zeitpunkt zu entrichten.

17 Mahnung und deren Folgen

Wird die Prämie, innerhalb von 30 Tagen vom Verfalldatum an gerechnet, nicht entrichtet, fordert der Krankenversicherer den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich auf, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Die Leistungspflicht tritt für künftige Unfälle wieder in Kraft, wenn alle Rückstände nachbezahlt und vom Krankenversicherer angenommen sind.

18 Prämienänderungen

Der Versicherungsnehmer hat in den zwei folgenden Fällen (siehe Ziffer 18.1 und 18.2) das Recht, den Vertrag auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Krankenversicherer eintreffen (siehe auch Ziffer 15.1). Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

18.1 Tarifieränderungen

Ändern die Prämien des Tarifes, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages mit Wirkung ab folgendem Versicherungsjahr verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie bzw. die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben.

18.2 Altersanpassungen

Die Prämien richten sich nach dem Tarif für die jeweiligen Altersgruppen und werden bei Vollendung der Altersgruppe an die nächsthöhere angepasst. Der

Krankenversicherer teilt die neue Prämie dem Versicherungsnehmer 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres mit.

VII. ANSPRÜCHE UND OBLIEGENHEITEN IM SCHADENFALL

19 Schadenanzeige

Jeder Versicherungsfall, der voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, ist dem Krankenversicherer unverzüglich nach Eintritt des Ereignisses zu melden. Bei einem Todesfall ist der Krankenversicherer unverzüglich, spätestens aber innert 48 Stunden elektronisch, mündlich oder schriftlich zu benachrichtigen.

20 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten

Der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte tut alles, was der Abklärung des Unfalls und dessen Folgen dienen kann. Insbesondere hat der Versicherte die Ärzte, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden.

Schuldhaftes Verletzen der Obliegenheiten haben Entschädigungskürzungen gemäss Ziffer 11.3 für den Versicherungsnehmer oder Versicherten zur Folge. Der Versicherte, der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte ist bei Verlust jeden Anspruchs im Unterlassungsfall verpflichtet, der SOLIDA Versicherungen AG innert 30 Tagen ab entsprechender schriftlicher Aufforderung, jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Unfall und den Verlauf der Heilung zu beschaffen.

21 Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen werden nach vier Wochen fällig, nachdem der Versicherer alle Angaben und ärztlichen Zeugnisse erhalten hat, mit denen er sich von der Richtigkeit und vom Umfang des Anspruchs überzeugen kann. Anspruchsberechtigt ist, mit Ausnahme der Todesfallsumme gemäss Ziffer 7.1, die versicherte Person.

Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

22 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss

Der Krankenversicherer orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrages, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers und die Identität des Versicherers.

23 Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich wird die Einhaltung des Datenschutzgesetzes garantiert. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.

Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer respektive zum Krankenversicherer stehen oder durch Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. Der Versicherer, respektive der Krankenversicherer, stellen sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

VIII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

24 Verrechnung

Der Krankenversicherer hat das Recht, fällige Ersatzleistungen mit ihm vom Versicherungsnehmer geschuldeten Prämien zu verrechnen.

25 Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

26 Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind an den Krankenversicherer zu richten, ausgenommen die versicherte Person oder deren Angehörige wurden im Schadenfall bereits direkt von der SOLIDA Versicherungen AG als Versicherer kontaktiert. Die SOLIDA Versicherungen AG anerkennt alle Mitteilungen an den Krankenversicherer als an sie selbst erfolgt.

Alle Mitteilungen seitens des Krankenversicherers oder der SOLIDA Versicherungen AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

27 Gerichtsstand

Die SOLIDA Versicherungen AG anerkennt als Gerichtsstand ihren Direktionsitz oder den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Versicherers.

28 Inkrafttreten/Änderungen der AVB

Diese AVB treten per 01.01.2008 für Unfälle, welche sich ab diesem Datum ereignen, in Kraft.

KAPITALVERSICHERUNG BEI TOD UND INVALIDITÄT (KTI-PREVEA)

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (VB)

Rechtsträger Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürich

Ausgabe 2015

Mit der PREVEA Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität kann eine Versicherungssumme (Kapital) zur Deckung der wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität durch eine Krankheit versichert werden. Für die Leistungen hat die Helsana Zusatzversicherungen AG, nachfolgend «Helsana», mit der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, nachfolgend «Helvetia», einen Versicherungsvertrag abgeschlossen. Die Helsana erbringt diese Versicherungsleistungen gegenüber der versicherten Person. Begriffs- resp. Personenneutralität. Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

I. VERTRAGSINHALT

1 Was sind die Grundlagen des Vertrages?

Die Grundlagen dieses Vertrages bilden der individuelle Versicherungsantrag, die Police, die massgebenden Versicherungsbedingungen (VB) und die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

2 Wo gilt der Vertrag?

Der Vertrag gilt auf der ganzen Welt.

3 Was gilt als Krankheit?

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

II. VERSICHERUNGSDECKUNG

4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald die Helsana dem Antragsteller die Annahme des Antrages mitgeteilt hat, frühestens jedoch ab dem in der Police aufgeführten Tag.

5 Gesundheitsprüfung

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen 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 die Helsana innert 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

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

6 Wann endet das Vertragsverhältnis?

Die Versicherung erlischt automatisch:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- durch Kündigung mit dem Ende des betreffenden Monats;
- mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde
- in Bezug auf die Invaliditätsleistung mit der Auszahlung des gesamten versicherten Invaliditätskapitals
- am 31. Dezember nach Vollendung des 59. Altersjahres
- gemäss den nachfolgenden Bestimmungen von Ziffer 10

Die Versicherung erlischt ferner bei Auflösung des zugrundeliegenden Versicherungsvertrages zwischen der Helvetia und der Helsana. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens 1 Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

7 Wann kann ich kündigen?

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag jederzeit schriftlich auf ein Monatsende kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate. Bei Anpassungen gemäss nachfolgender Ziffer 9 kann der Vertrag innert

30 Tagen auf den Zeitpunkt der Vertragsänderung gekündigt werden. Erhält die Helsana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, so gilt dies als Zustimmung.

Die Helsana verzichtet auf ihr Recht, im Schadenfall zu kündigen. Vorbehalten bleibt der Rücktritt bei vertragswidrigem Verhalten.

III. FINANZIELLES

8 Wie werden die Prämien berechnet?

Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person sowie nach der Höhe der Versicherungssumme berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in Altersgruppen eingeteilt. Die Altersgruppen umfassen jeweils fünf Altersjahre.

9 Können die Prämien angepasst werden?

Die Helsana kann die Anpassung des Vertrages an den neuen Prämientarif verlangen. Sie teilt den versicherten Personen diese Änderungen schriftlich mit.

10 Wie werden die Prämien bezahlt?

Die Prämien werden in der Regel monatlich erhoben, sind im Voraus zahlbar und werden am 1. Tag jedes Monats fällig. Wurden andere Zahlungsperioden vereinbart, werden die Prämien jeweils am 1. Tag der entsprechenden Periode fällig.

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung zu bezahlen, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht nach Ablauf der Mahnfrist. Die Leistungspflicht tritt wieder in Kraft, wenn alle Rückstände nachbezahlt und von der Helsana angenommen sind.

Für Krankheiten und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Der Versicherungsnehmer hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand mit einem Betrag von mindestens CHF 50.- abzugelten. Muss ein Betreibungsbegehren gestellt werden, so hat der Versicherungsnehmer den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand der Helsana mit mindestens CHF 150.- abzugelten.

11 Können Prämien mit Leistungen verrechnet werden?

Die Helsana kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen. Die versicherte Person hat gegenüber der Helsana kein Verrechnungsrecht.

IV. LEISTUNGEN

A Invaliditätskapital bei Erwachsenen

12 Welche besonderen Bestimmungen gelten bei Invalidität?

Der Anspruch auf das versicherte Invaliditätskapital besteht bei Invalidität. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Die Helsana erbringt das Invaliditätskapital in jenem Zeitpunkt, in welchem die tatsächliche Dauer der Invalidität die Wartezeit von 12 Monaten überschritten hat und eine rechtsgültige Rentenverfügung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) vorliegt. Werden Leistungen der IV früher erbracht oder steht die dauernde Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Wartezeit fest, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher

erbracht werden.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

13 Wie bemisst sich die Höhe der Leistungen?

Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung ist der Invaliditätsgrad der IV-Entscheidungsbehörde.

Die Leistungen aus dem Invaliditätskapital werden dem Grad der Invalidität angepasst. Bei einer Invalidität von 70 % und mehr besteht ein Anspruch auf die vollen versicherten Leistungen; bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht kein Anspruch auf die versicherten Leistungen.

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Invalidität aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalls ermittelt. Dabei wird das vor Eintritt der Invalidität aus der Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen mit demjenigen verglichen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität noch erzielte oder zumutbar erzielen könnte.

Eine Tätigkeit ist zumutbar, wenn sie den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist.

Bei Nichterwerbstätigen ist das Ausmass der Einschränkungen im Tätigkeits- und Aufgabenbereich im Vergleich zum Zeitpunkt vor Eintritt ihrer Invalidität entscheidend..

14 Was ist bei einer Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit?

Änderungen des Grades der Erwerbsunfähigkeit sind Helsana sofort mitzuteilen. Die Leistung wird dem neuen Grad der Erwerbsunfähigkeit angepasst.

15 Wer ist anspruchsberechtigt?

Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Stirbt die versicherte Person vor der endgültigen Feststellung des Invaliditätsgrades, erlischt der Anspruch. Die versicherten Leistungen werden ohne Rücksicht auf irgendwelche anderweitigen Versicherungen ausgerichtet.

16 Welche Leistungsbegrenzungen gelten?

Ab dem 56. Altersjahr können für die wirtschaftlichen Folgen bei Invalidität maximal noch CHF 100 000.– versichert werden. Bestehende Versicherungen werden entsprechend herabgesetzt.

B Invaliditätskapital bei Kindern und Jugendlichen

17 Wie ist die Bemessungsgrundlage bei Kindern und Jugendlichen?

Die Erwerbsunfähigkeit von Kindern und Jugendlichen wird daran bemessen, in welchem Grad die versicherte Person ausserstande sein wird, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Bei Jugendlichen, die sich in einer Berufsausbildung befinden, gilt als Bemessungsgrundlage das Einkommen, das bei Abschluss der begonnenen Berufsausbildung zu erzielen gewesen wäre. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht dem Verhältnis der voraussichtlich reduzierten Erwerbsfähigkeit im Vergleich zum durchschnittlichen SECO-Einkommen des erlernten Berufes im Jahr der Bemessung. Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) legt bei Jugendlichen, die in einer Berufsausbildung stehen, die Einkommen fest, welche die Berechnungsgrundlage für Leistungen aus der Versicherung bilden.

Bei Kindern und Jugendlichen, die noch keine Berufsausbildung aufgenommen haben, wird die Invalidität daran bemessen, ob und in welchem Umfang es der versicherten Person möglich sein wird, später eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht dem Verhältnis der voraussichtlich reduzierten Erwerbsfähigkeit im Vergleich zum durchschnittlichen SECO-Einkommen im Jahr der Bemessung.

18 Wie wird der voraussichtliche Grad der Erwerbsunfähigkeit bestimmt?

Der voraussichtliche Grad der dauernden Erwerbsunfähigkeit wird durch den vertrauensärztlichen Dienst der Helsana bestimmt, und die entsprechende Versicherungssumme wird ausbezahlt.

C Todesfallkapital

19 Wann besteht Anspruch auf das Todesfallkapital?

Der Anspruch auf das Todesfallkapital entsteht mit dem Tod der versicherten Person zugunsten des Anspruchsberechtigten.

Die Helsana ist über den Tod umgehend zu informieren. Eine amtliche Todesurkunde sowie ein ärztliches Zeugnis mit Angabe der Umstände und Ursache des Todes sind einzureichen.

20 Wer ist anspruchsberechtigt?

Das Todesfallkapital erhält die im Antrag begünstigte Person. Eine Änderung ist jederzeit möglich. Die entsprechende Mitteilung ist schriftlich an die Helsana zu richten.

Wurde keine begünstigte Person genannt, so erhalten die Leistungen:

- der Ehegatte;
- bei dessen Fehlen die Kinder;
- bei deren Fehlen die weiteren gesetzlichen Erben der versicherten Person.

21 Welche Leistungsbegrenzungen gelten bei Kindern?

Stirbt ein versichertes Kind, bevor es 2½ Jahre alt ist, so werden anstelle jeder anderen Leistung lediglich die zu 5 Prozent verzinsten Prämien rückerstattet.

Stirbt ein versichertes Kind vor Vollendung des 12. Altersjahres, so ist die Leistung auf CHF 10 000.– begrenzt.

V. BESONDERHEITEN

22 Welche Voraussetzungen gelten im Leistungsfall?

Die versicherten Leistungen werden erbracht, sobald der Helsana die für die Beurteilung des Anspruches notwendigen Dokumente (z. B. IV-Rentenverfügung, Arztbericht) vorliegen und die Voraussetzungen gemäss vorgehender Ziffer 12 erfüllt sind.

Die Helsana behält sich das Recht vor, die versicherte Person durch von ihr bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen.

23 Wo ist der Erfüllungsort für die versicherten Leistungen?

Als Erfüllungsort für die versicherten Leistungen gilt der schweizerische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person oder des gesetzlichen Vertreters. Bei Fehlen des geforderten Wohnsitzes gilt der Sitz der Helsana als Erfüllungsort.

24 Können Ansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung der Helsana weder abgetreten noch verpfändet werden.

25 Was ist nicht versichert?

Kein Anspruch auf Leistungen besteht bei:

- absichtlicher Herbeiführung einer Invalidität; dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, die zu ihrer Invalidität führte in absichtlich herbeigeführtem urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat;
- vorgeburtlichen Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- Selbsttötung infolge Krankheit sowie den Folgen eines Versuchs dazu, und zwar während der ersten 3 Jahre nach Versicherungsabschluss; dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, die zu ihrem Tod führte, in absichtlich herbeigeführtem urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat;
- Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie sowie bei
- Unfällen und/oder unfallähnlichen Körperschädigungen. 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.

Folgende abschliessend aufgeführten unfallähnlichen Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den nicht versicherten Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

Als nicht versicherte Unfälle gelten ausserdem:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen
- Ertrinken
- die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern die versicherte Person sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind:
- Erfrierungen

- Hitzschlag
- Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand

Ist das versicherte Ereignis die Folge eines Wagnisses, werden die versicherten Leistungen gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert. Die Helsana verzichtet jedoch auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, die Leistungen zu kürzen, wenn das versicherte Ereignis grob-fahrlässig herbeigeführt wurde.

26 Was gilt bei Militärdienst und Krieg?

Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen dieser VB in der Versicherung eingeschlossen. Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften.

Einsätze für friedenserhaltende Massnahmen im Rahmen der UNO sind nicht versichert (z. B. UNO-Blauhelme und OSZE-Gelbmützen).

27 Wie erfolgen die Mitteilungen?

Mitteilungen an die Helsana sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten.

Die versicherte Person erhält Mitteilungen von Helsana an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz zugestellt.

Weitere Informationen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage der Helsana sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

28 Was passiert mit meinen Daten?

Helsana Zusatzversicherungen AG, die übrigen Gesellschaften der Helsana-Gruppe sowie die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (Versicherungsträgerin) bearbeiten die personenbezogenen Informationen der versicherten Personen für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Patientenberatung und -betreuung, aber auch, um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die sie ihren potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen versicherten Personen anbieten, fortlaufend zu verbessern. Die oben genannten Gesellschaften können die Bearbeitung der Daten auch an Dritte vergeben.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der versicherten Personen möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen der Kooperationspartner, Helsana Zusatzversicherungen AG oder der Gesellschaften der Helsana-Gruppe anzubieten, die kostengünstig sind oder für die sich die potenziellen, bestehenden oder ehemaligen versicherten Personen interessieren könnten, werden die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet.

Der Helsana Zusatzversicherungen AG und den anderen Gesellschaften der Helsana-Gruppe ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und (nur) im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken zu bearbeiten.

29 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?

Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Helsana-Gruppe unterstehen strengen Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb der Helsana-Gruppe bekannt gegeben. Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist oder wenn zur Abwicklung und Erfüllung der vorliegenden Versicherung Kooperationspartner beigezogen werden.

30 Wie lange werden die Personendaten aufbewahrt?

Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen erfordern. Anschliessend werden die Personendaten gelöscht.

31 Wer gehört zur Helsana-Gruppe?

Mitglieder der Helsana-Gruppe sind die Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG, AvaneX Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, Sansan Versicherungen AG, Maxi.ch Versicherungen AG, Helsana Beteiligungen AG und die Procure Vorsorge AG.

32 Wer gehört zu den Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe?

Die aktuellen Partnerunternehmen der Helsana Zusatzversicherungen AG bzw. der Helsana-Gruppe sind auf der Website der Helsana aufgeführt.

33 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise am Gericht des schweizerischen Wohnsitzes der versicherten Person beziehungsweise des Anspruchsberechtigten oder am Sitz der Helsana möglich.

VI. GLOSSAR

BWA-Einkommen

Das Bundesamt für Wirtschaft und Arbeit (BWA; heute seco, Staatssekretariat für Wirtschaft) legt bei Jugendlichen, die in einer Berufsausbildung stehen, die Einkommen fest, welche die Berechnungsgrundlage für Leistungen aus der Versicherung bilden.

Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. (Im Rahmen von PREVEA Unfall geht Ziffer 9 vor)

Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Massgebendes Alter

Das für die Versicherung und die Berechnung der Prämien massgebende Alter der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

Unfall

Unfall ist 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.

Unfallähnliche Körperschädigungen

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

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

Wagnis

Ein Wagnis ist eine Handlung, mit der sich die versicherte Person ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. In diesem Zusammenhang wird auf die SUVA-Liste betreffend Wagnisse verwiesen.

Zumutbarkeit

Eine Tätigkeit ist zumutbar, wenn sie den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist.