

# AGRISANO

krankenkasse caisse maladie cassa malati

## **LANDWIRTSCHAFTLICHE SPEZIALVERSICHERUNGEN**

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN VVG**

**AUSHILFEVERSICHERUNG VVG**

**UNFALLVERSICHERUNG FÜR TOD UND IV (UTI) VVG**

**KAPITALVERSICHERUNG BEI TOD UND IV (KTI-PREVEA) VVG**



# Inhaltsverzeichnis

<b>ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (VVG)</b> .....	<b>3</b>
GEMEINSAME BESTIMMUNGEN.....	3
I. ALLGEMEINES.....	3
II. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG.....	3
III. ÄNDERUNG DER VERSICHERUNG.....	4
IV. BEGRIFFE.....	4
V. LEISTUNGEN.....	4
VI. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN/MITTEILUNGEN.....	5
VII. PRÄMIEN.....	5
VIII. LEISTUNGSVERGÜTUNG.....	5
IX. STREITIGKEITEN.....	6
<b>AGRI-spezial</b> .....	<b>7</b>
I. ALLGEMEINES.....	7
II. PRÄMIEN.....	7
III. LEISTUNGSUMFANG.....	7
IV. MEDIKAMENTE.....	7
V. SPITALBEHANDLUNG.....	7
VI. MUTTERSCHAFT.....	8
VII. ÜBRIGE LEISTUNGEN.....	8
<b>AGRI-natürlich</b> .....	<b>10</b>
I. ALLGEMEINES.....	10
II. PRÄMIEN.....	10
III. LEISTUNGEN.....	10
<b>AGRI-taggeld</b> .....	<b>11</b>
I. ALLGEMEINES.....	11
II. PRÄMIEN.....	11
III. LEISTUNGEN.....	11
<b>AUSHILFENVERSICHERUNG</b> .....	<b>13</b>
I. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN.....	13
<b>UNFALLVERSICHERUNG FÜR TOD UND INVALIDITÄT (UTI)</b> .....	<b>15</b>
I. UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES.....	15
II. BEGRIFFBESTIMMUNGEN.....	15
III. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN.....	15
IV. EINSCHRÄNKUNGEN DES DECKUNGSUMFANGES.....	17
V. BEGINN UND ENDE DES VERTRAGES.....	17
VI. PRÄMIE.....	18
VII. ANSPRÜCHE UND OBLIEGENHEITEN IM SCHADENFALL.....	18
VIII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN.....	18
<b>KAPITALVERSICHERUNG BEI TOD UND INVALIDITÄT (KTI-PREVEA)</b> .....	<b>19</b>
I. VERTRAGSINHALT.....	19
II. VERSICHERUNGSDECKUNG.....	19
III. FINANZIELLES.....	19
IV. LEISTUNGEN.....	20
V. BESONDERHEITEN.....	20
VI. GLOSSAR.....	21



# ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (VVG)

Für Zusatzversicherungen nach VVG, gültig ab 1.7.2005

## GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

### I. ALLGEMEINES

---

#### Art. 1 Gegenstand der Versicherung

1 Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für alle Versicherungsabteilungen der Zusatzversicherungen der Krankenkasse Agrisano. Einzelheiten über die verschiedenen Leistungen sowie Abweichungen von den gemeinsamen Bestimmungen finden sich in den Regelungen der betreffenden Versicherungsabteilungen.

2 Alle Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

#### Art. 2 Grundlagen der Versicherung

1 Gestützt auf Art. 12 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994 werden durch die Krankenkasse Agrisano gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen angeboten.

2 Versicherungsträger ist die Krankenkasse Agrisano.

3 Versichert werden können die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen ist.

4 Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2.4.1908.

#### Art. 3 Zweck

Das Versicherungsangebot ist auf die bei der Krankenkasse Agrisano in der Krankenpflegeversicherung gemäss KVG versicherte landwirtschaftliche Bevölkerung ausgerichtet.

#### Art. 4 Versicherungsmöglichkeiten

1 Der Vertrag kann als Einzel- wie auch als Kollektivversicherung abgeschlossen werden.

2 Der Vertrag kann die folgenden Versicherungsmöglichkeiten umfassen:

- a) AGRI-spezial
- b) AGRI-natürlich
- c) AGRI-taggeld

3 In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungsabteilungen festgehalten. Besondere Bestimmungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, sind in der Versicherungspolice enthalten.

#### Art. 5 Versicherte Personen

1 Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

2 Ist eine Kollektivversicherung abgeschlossen, so sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personengruppen versichert.

### II. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG

---

#### Art. 6 Beginn der Versicherung

1 Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mit dem vorgedruckten Formular der Krankenkasse Agrisano. Der Versicherungsabschluss ist jederzeit auf den ersten eines Monats möglich.

2 Die auf dem 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 Krankenkasse Agrisano innert vier Wochen, seit sie von der Unrichtigkeit der Angaben Kenntnis hat, vom Vertrag zurücktreten.

3 Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person die Krankenkasse Agrisano, bei Medizinalpersonen sowie bei anderen Versicherern die für den Versicherungsabschluss und für die Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen. Die Krankenkasse Agrisano 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.

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 Absatz 1 und 2 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.

5 Mit dem erstmaligen Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungspolice und die AVB.

6 Für Versicherte der Kollektivversicherung beginnt die Versicherung bei Antritt des Arbeitsverhältnisses.

#### Art. 7 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.

#### Art. 8 Ende der Versicherung

1 Die Versicherung erlischt

- a) durch Kündigung;
- b) durch den Tod der versicherten Person;
- c) bei Wegzug ins Ausland;
- d) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie oder bei wesentlicher Gefahrenerhöhung durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person;
- e) in der Kollektivversicherung durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

#### Art. 9 Übertritt in die Einzelversicherung

1 Ab Ende der Mitgliedschaft in der Kollektivversicherung hat die versicherte Person die Möglichkeit, die Versicherung in der Einzelversicherung weiter zu führen.

2 Die Weiterführung der Versicherung muss innert 30 Tagen schriftlich beantragt werden.

#### 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 Krankenkasse Agrisano Kenntnis erhalten hat. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Eintreffen der Mitteilung bei der Krankenkasse Agrisano.

#### Art. 11 Kündigung durch die Krankenkasse Agrisano

Die Krankenkasse Agrisano verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurück zu treten. Vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigen Verhaltens.

### 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 Krankenkasse Agrisano

1 Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft weitreichende Veränderungen ein, wie z. B. die 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 Krankenkasse Agrisano berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

2 Neue Vertragsbestimmungen 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 Vertragsbedingungen.

### 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

Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft und Geburt sind gleich versichert wie Krankheit, wenn die Versicherung bei der Krankenkasse Agrisano 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 menschli-

chen 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) vom 20. März 1981 als Unfälle anerkannt werden. Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche (sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind)
- b) Verrenkungen von Gelenken
- c) Meniskusrisse
- d) Muskelrisse
- e) Muskelzerrungen
- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen.

### V. LEISTUNGEN

---

#### Art. 17 Leistungsanspruch

1 Ein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano bestehen nur, solange die versicherte Person ihren Wohnsitz in der Schweiz hat.

#### Art. 18 Leistungsumfang

1 Versichert sind die Leistungen gemäss der in der Versicherungspolice aufgeführten Deckung und gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen.

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

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

4 Die Behandlungskosten sind gedeckt, wenn sie wirtschaftlich, wirksam und zweckmässig 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. 19 Leistungsausschluss

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

2 Kein Anspruch auf Leistungen besteht

- a) für Leiden, die bei Vertragsbeginn bereits bestehen;
- b) während einer Karenzzeit;
- c) 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;

- d) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist;
- e) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und ähnlichen Ereignissen sowie bei ausländischem Militärdienst;
- f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen oder Schlägereien;
- g) bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;
- h) bei Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen und für Schädigungen aus Atomenergie;
- i) bei Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn (SVK), Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation stattfindet;
- j) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenversicherung;
- k) für epidemische Erkrankungen.

#### Art. 20 Leistungsbeschränkungen

Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden

- a) bei schuldhafter Verletzung der Pflichten durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, insbesondere der Prämienzahlungspflicht, der Meldepflicht oder der Mitwirkungspflicht;
- b) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls;
- c) 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;
- d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde.

## VI. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN/MITTEILUNGEN

---

### Art. 21 Mitwirkungspflichten

- 1 Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche gemäss den Bestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen bei der Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

### Art. 22 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. 23 Auskunftspflicht

- 1 Die versicherte Person erteilt der Krankenkasse Agrisano Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Mut-

terschaft. Sie entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber der Krankenkasse Agrisano von der Schweigepflicht. Die Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano.

### Art. 24 Mitteilungen

- 1 Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Personen, die für die Versicherung wesentlich sind, wie die Änderung des Wohnsitzes, sind der Krankenkasse Agrisano innert 30 Tagen mitzuteilen.

- 2 Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an die zuständige Geschäftsstelle der Krankenkasse Agrisano zu richten.

- 3 Mitteilungen der Krankenkasse Agrisano erfolgen rechtsgültig schriftlich an die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer an deren zuletzt angegebene Adresse.

## VII. PRÄMIEN

---

### Art. 25 Prämientarife

- 1 Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.
- 2 Die Höhe der Prämien wird risikogerecht bzw. nach dem Lebensalter der versicherten Person festgesetzt. Prämienänderungen infolge Wechsels der Altersgruppe erfolgen automatisch. Sie geben kein Kündigungsrecht.
- 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. Die Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch die Krankenkasse Agrisano auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung hin von der entsprechenden Versicherungsabteilung oder dem gesamten Vertrag zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

### Art. 26 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. 27 Prämienzahlung

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

- 2 Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die ganze Monatsprämie geschuldet.

- 3 Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Zahlungsaufforderung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam. Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, besteht bis zur vollständigen Zahlung der Prämie samt Zinsen und Verwaltungskosten für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag. Die Krankenkasse Agrisano kann nach Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten.

### Art. 28 Wechsel in eine höhere Prämienkategorie

Ein allfälliger Wechsel in eine höhere Prämienkategorie erfolgt jeweils auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres.

### Art. 29 Verrechnung

- 1 Die Krankenkasse Agrisano kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen. Der Versicherungsnehmer hat gegenüber der Krankenkasse Agrisano kein Verrechnungsrecht.

- 2 Forderungen gegenüber der Krankenkasse Agrisano können ohne deren Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

## VIII. LEISTUNGSVERGÜTUNG

---

### Art. 30 Leistungsauszahlung

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

### Art. 31 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 sozialer und privater Versicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.

- 3 Bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern 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 Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano ihre Leistungen vorbehaltlich Art. 32 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. 32 Vorleistung und Regressrecht

1 Die Krankenkasse Agrisano 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 abtreten und sich verpflichten, 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 Krankenkasse Agrisano eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse Agrisano dahin.

## IX. STREITIGKEITEN

---

#### Art. 33 Gerichtsstand

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

# AGRI-spezial

Zusatzversicherung für ergänzende Leistungen

## I. ALLGEMEINES

---

### Art. 34 Zweck

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

### Art. 35 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. 36 Voraussetzungen an die Leistungserbringer

- 1 Leistungen müssen von KVG-anerkannten Leistungserbringern verordnet werden.
- 2 Zusätzlich kann die Krankenkasse Agrisano andere Leistungserbringer anerkennen. Diese werden auf entsprechenden Listen aufgeführt. Die Listen werden laufend angepasst und können bei der Krankenkasse Agrisano eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

## II. PRÄMIEN

---

### Art. 37 Prämienkategorien

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 | bis zum vollendeten 65. Lebensjahr  |
| k) 70 | nach dem vollendeten 65. Lebensjahr |

## III. LEISTUNGSUMFANG

---

### Art. 38 Versicherte Leistungen

Im Rahmen der Versicherungsabteilung AGRI-spezial gewährt die Krankenkasse Agrisano Leistungen für:

- a) Arzneimittel/Medikamente
- b) Spitalbehandlungen in der allgemeinen Abteilung
- c) Mutterschaft
- d) Kosmetische Behandlungen
- e) Prävention
- f) Psychotherapie

- g) Zahnärztliche Behandlungen
- h) Mittel und Gegenstände
- i) Bade- und Erholungskuren
- j) Gesundheitsförderung
- k) Transport- und Rettungskosten
- l) Reisekosten
- m) Haushalthilfe
- n) Leistungen im Ausland
- o) Komplementärmedizin

## IV. MEDIKAMENTE

---

### Art. 39 Arzneimittel/Medikamente

1 Ärztlich verordnete Arzneimittel/Medikamente, die nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, werden von der Krankenkasse Agrisano zu 50% der verrechneten Kosten übernommen, vorausgesetzt, dass das betref-

fende 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.

## V. SPITALBEHANDLUNG

---

### Art. 40 Spitalbehandlung in der allg. Abteilung

1 Die Versicherungsabteilung 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 Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind oder mit der Krankenkasse Agrisano eine vertragliche Vereinbarung abgeschlossen haben.

3 Die Kosten für medizinisch bedingte Spitalaufenthalte, die gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG von den Kantonen zu tragen sind, werden nicht übernommen.

4 Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein Spitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt die Krankenkasse Agrisano 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 maximal 90 Tage 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 Krankenkasse Agrisano 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 Krankenpflegeversicherung fallen, sind vollumfänglich versichert. Die Vergütung erfolgt zu den Tarif- und Vertragskonditionen, die gemäss Bundesgesetz über die Krankversicherung (KVG) im behandelnden Kanton zur Anwendung gelangen.

#### Art. 41 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.

## VI. MUTTERSCHAFT

#### Art. 42 Leistungen in Geburtshäusern

1 Die Krankenkasse Agrisano leistet Beiträge an von ihr anerkannte Geburtshäuser.  
2 Bei der Krankenkasse Agrisano ist vor der Geburt eine Kostengutsprache zu verlangen.

3 Die von der Krankenkasse Agrisano zusätzlich gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) übernommenen Leistungen umfassen pro Geburt 50%, maximal CHF 1000.-, der nicht KVG-pflichtigen Aufwendungen (z. B. Infrastrukturkosten, Hotellerie).

## VII. ÜBRIGE LEISTUNGEN

#### Art. 43 Kosmetische Behandlung

1 Kosmetische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum 25. Altersjahr vergütet, sofern eine erhebliche Beeinträchtigung oder Entstellung vorliegt.  
2 Der Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano versichert war.  
4 Die von der Krankenkasse Agrisano übernommenen Leistungen sind maximal so hoch, wie die Kosten, die in der allgemeinen Abteilung in einem öffentlichen Spital entstanden wären.

es sich nicht um Leistungen handelt, die durch das KVG versichert sind.

#### Art. 44 Prävention

Pro Kalenderjahr werden 90% der ausgewiesenen Kosten, maximal CHF 200.-, für folgende Leistungen vergütet:  
a) für Impfungen bei beruflich oder Wohnort bedingter Notwendigkeit;  
b) für ferienbedingte Impfungen.

#### Art. 48 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 Psoriasisikuren am Toten Meer) vergütet.

#### Art. 45 Psychotherapie

1 An ärztlich verordnete Behandlungen bei einem von der Krankenkasse Agrisano 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. 49 Gesundheitsförderung

1 Für gesundheitsfördernde Massnahmen gemäss Punkt a) und b) werden 50% der Kosten, maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr, vergütet:  
a) Massnahmen in den Bereichen Rückenschule, Ernährung und Mutterschaft, sofern die entsprechende Behandlung medizinisch indiziert ist und ärztlich durchgeführt oder zur Durchführung von anerkannten Leistungserbringern verordnet wird;  
b) Andere Massnahmen können in begründeten Ausnahmefällen ebenfalls ganz oder teilweise anerkannt werden.  
2 Keine Leistungen werden erbracht, wenn die Massnahmen durch andere Organisationen oder durch öffentliche Institutionen erbracht werden oder in Anspruch genommen werden könnten.

#### Art. 46 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 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).  
2 Folgende Leistungen werden übernommen:  
a) 50% der Kosten für die operative Entfernung von Zähnen (z. B. Weisheitszähne, impaktierte Zähne), maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr;  
b) 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;  
c) 50% an Narkosekosten bis zum vollendeten 18. Altersjahr, sofern die Narkosebehandlung vom Vertrauenszahnarzt als notwendig erachtet wird.

#### Art. 50 Transport- und Rettungskosten

1 Für folgende ausgewiesene Kosten werden 90% vergütet:  
a) Krankentransporte ins Spital bei akuter Erkrankung oder in Fällen, in denen der versicherten Person keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung stehen;  
b) Unfallbedingte Transport- und Rettungskosten;  
c) Leichentransporte 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. 47 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 mildernden medizinischen Hilfsmittel und Gegenstände, sofern es sich nicht um Pflichtleistungen gemäss KVG handelt oder die Kosten von der IV übernommen werden, werden 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

#### Art. 51 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. 52 Haushaltshilfe

1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit als Folge ihres Gesundheitszustandes und ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt, werden für die ausgewiesenen Kosten bis CHF 20.- pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr erbracht.  
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. 53 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 Krankenkasse Agrisano eine Kostengutsprache erteilt wurde.

4 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben im Schadenfall die Pflicht, die Krankenkasse Agrisano sofort über das Schadensereignis 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. 54 Komplementärmedizin

1 Die Krankenkasse Agrisano 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, Kinesiologie und klassische medizinische Massage (ohne Fussreflexzonenmassage).

4 Andere Behandlungen oder Behandlungsmethoden können von der Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano anerkannten Leistungserbringer verordnet und durchgeführt werden.

6 Die Krankenkasse Agrisano 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 Krankenkasse Agrisano führt eine Liste der anerkannten komplementärmedizinischen Medizinalpersonen, der anerkannten Behandlungsmethoden, sowie den entsprechenden Vergütungsansätzen.

8 Pro Kalenderjahr werden für Leistungen gemäss Art. 54 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.

# AGRI-natürlich

Versicherungsdeckung für erweiterte Komplementärmedizin

## I. ALLGEMEINES

---

### Art. 55 Zweck

1 Die Krankenkasse Agrisano gewährt erweiterte Leistungen an 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 erweiterten Komplementärmedizin keine Leistungen vergütet.

## II. PRÄMIEN

---

### Art. 56 Prämienkategorien

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 bis zum vollendeten 65. Lebensjahr
- k) 70 nach dem vollendeten 65. Lebensjahr

## III. LEISTUNGEN

---

### Art. 57 Leistungsbereich

1 Die Krankenkasse Agrisano gewährt Leistungen für ambulante Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden.

2 Leistungen für den Bereich der Komplementärmedizin aus der Versicherungsabteilung AGRI-spezial werden abgezogen.

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

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

### Art. 58 Anforderungen an die Leistungserbringer

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

2 Die Krankenkasse Agrisano führt eine Liste der anerkannten komplementärmedizinischen Medizinalpersonen.

3 Leistungen von Leistungserbringern im grenznahen Ausland, welche die gleichen oder ähnlichen 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 Versicherungsabteilung AGRI-natürlich muss für die Dauer von mindestens einem Jahr abgeschlossen werden.

### Art. 59 Leistungsumfang

1 Die Krankenkasse Agrisano 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.

# AGRI-taggeld

Kranken- und Unfalltaggeld für in der Landwirtschaft tätige Personen

## I. ALLGEMEINES

---

### Art. 60 Zweck

1 Die Taggeldversicherung AGRI-taggeld (im Folgenden Taggeldversicherung genannt) versichert die in der schweizerischen Landwirtschaft tätigen Personen und ihre Familienmitglieder für Taggeld.

2 Die Taggeldversicherung gewährt Leistungen für Erwerbsausfall bei Krankheit und Unfall.

3 Das Unfallrisiko ist immer mitversichert.

## II. PRÄMIEN

---

### Art. 61 Prämienkategorien

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 bis zum vollendeten 65. Lebensjahr
- k) 70 nach dem vollendeten 65. Lebensjahr

## III. LEISTUNGEN

---

### Art. 62 Leistungsangebot

1 Die antragstellende Person kann ein tägliches Kranken- und Unfallgeld von CHF 10.- bis CHF 250.- abschliessen.

2 Die Wartefristen können wie folgt gewählt werden: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 180 und 360 Tage.

3 Verschiedene Wartefristen können kombiniert werden.

4 Sofern kein Taggeldbezug besteht oder ansteht, können Taggeldversicherungen im Ausmasse gleicher Prämien in eine andere Taggeldversicherungsvariante umgewandelt werden. Für das so entstehende höhere Taggeld gilt die Altersstufeneinteilung des umzuwandelnden Taggeldes. Die Krankenkasse Agrisano kann für die Taggelderhöhung eine Risikoprüfung vornehmen und Vorbehalte gemäss Art. 19 anbringen.

5 Die Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung werden 75% der vollen Prämie berechnet.

2 Das Unfallgeld wird für einen oder mehrere Unfälle während maximal 720 im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Die vereinbarte Wartefrist wird von der Leistungsdauer in Abzug gebracht. Bezahlt der Versicherte die Prämie nach Erschöpfung der Genussberechtigung weiter, so besteht für einen weiteren oder mehrere Unfälle wiederum Anspruch auf die versicherten Leistungen für die Dauer von 720 Tagen innerhalb von 900 Kalendertagen, sofern vor Eintritt des neuen Ereignisses volle Arbeitsfähigkeit bestand und die Eidg. Invalidenversicherung keine Rente (mehr) gewährt.

3 Der Versicherte kann durch Verzicht auf Taggeldleistungen die Aussteuerung aus der Taggeldversicherung nicht verhindern.

### Art. 63 Leistungsvoraussetzungen

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

2 Anspruch auf Taggeldleistung besteht nur insoweit, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn (Überentschädigung) erwächst.

3 Für Krankheit und Unfall wird die Dauer der Genussberechtigung grundsätzlich getrennt berechnet.

### Art. 67 Sistierung

1 Gegen eine Risikoprämie von 10% der ordentlichen Prämie, im Minimum CHF 10.- pro Monat, kann die Taggeldversicherung in begründeten Fällen für längstens fünf Jahre sistiert werden.

2 Die Sistierung ist im Voraus schriftlich zu beantragen.

3 Sind die Voraussetzungen für eine Sistierung nicht mehr gegeben, ist die versicherte Person verpflichtet, die Taggeldversicherung innert 14 Tagen wieder zu aktivieren.

4 Folgende Fälle begründen eine Taggeldsistierung:

- a) Obligatorische Mitgliedschaft bei einer gleichwertigen Versicherung (z. B. Kollektiv oder Betriebskrankenkasse), sowie in sinngemäss anderen Fällen;
- b) Militär- oder Zivildienst von zusammenhängend mehr als zwei Monaten;
- c) Aufenthalt von länger als drei Monaten in einer Straf-, Verwahrs- oder Erziehungsanstalt.

### Art. 64 Selbstverschulden

Die Krankenkasse Agrisano verzichtet darauf, das Taggeld wegen groben Selbstverschuldens zu kürzen.

### Art. 68 AHV-Alter

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

2 Taggeldversicherten, die über das ordentliche AHV-Alter hinaus erwerbstätig sind, kann die Weiterführung eines bestehenden Taggeldes von maximal CHF 50.- pro Tag bewilligt werden. Ein diesbezügliches Gesuch ist der Krankenkasse Agrisano schriftlich im Monat vor Eintritt ins 66. Altersjahr zu unterbreiten. Das Gesuch muss Angaben über die weitere Erwerbstätigkeit und den Gesundheitszustand enthalten.

3 Der Versicherungsschutz besteht längstens bis zur Vollendung des 70. Altersjahres. Das Taggeld wird insgesamt längstens für 180 Tage ausgerichtet, wobei eine allfällige Wartefrist an diese 180 Tage angerechnet wird.

### Art. 65 Leistungsbeginn

1 Der Leistungsanspruch in der aufgeschobenen Kranken- und Unfallgeldversicherung beginnt nach dem Ablauf der vereinbarten Aufschubszeit. Die Aufschubszeit wird für Krankheit und Unfall zusammen einmal innerhalb von 365 Tagen berechnet.

2 Für die Berechnung der Erfüllung der Wartefrist werden zusammenhängende Zeitperioden, in denen Arbeitsunfähigkeit von mehr als acht Tagen innerhalb der letzten 365 Tage bestand, angerechnet. Kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten werden nicht kumuliert.

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

### Art. 66 Leistungsdauer

1 Das Krankengeld wird für eine oder mehrere Krankheiten während maximal 720 im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Die vereinbarte Wartefrist wird von der Leistungsdauer in Abzug gebracht. Ist die maximale Leistungsdauer erreicht, fällt die Krankentaggeldversicherung dahin. Die versicherte Person kann die Deckung des Unfallrisikos weiterführen. Für die Weiterführung der Unfalltaggeldversicherung nach der Aussteuerung

#### Art. 69 Höherversicherung

1 Die Krankenkasse Agrisano passt der versicherten Person ab Vollendung des 25. Altersjahr bis Vollendung des 50. Altersjahr unter Wahrung der Altersstufeneinteilung, das versicherte Taggeld periodisch der Preis- und Lohnentwicklung an.

2 Die Anpassung erfolgt in der Regel alle zwei Jahre auf den gleichen Zeitpunkt und gemäss den gleichen Regeln, wie sie für die Anpassung der Renten an die Lohn- und Preisentwicklung bei der AHV (AHVG Art. 33ter) Gültigkeit haben.

3 Die Krankenkasse Agrisano teilt der versicherten Person die Taggelderhöhung schriftlich mit.

4 Die versicherte Person hat das Recht, die Taggelderhöhung abzulehnen. Das Ablehnungsschreiben muss innerhalb einer Frist von 30 Tagen, seit dem die versicherte Person die Mitteilung der Krankenkasse Agrisano erhalten hat, bei der Krankenkasse Agrisano eintreffen.

5 Lehnt die versicherte Person die Anpassung des Taggeldes ab, wird eine später verlangte Taggelderhöhung gemäss den ordentlichen Bedingungen behandelt.

6 Ausgeschlossen von der Höherversicherung sind versicherte Personen, die im Leistungsbezug stehen oder bei welchen ein Leistungsbezug absehbar ist.

# AUSHILFENVERSICHERUNG

Unfallversicherung des Schweiz. Bauernverbandes, Brugg, für das nicht dem UVG unterstellte Aushilfspersonal  
Versicherungsträger: SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstr. 35, 8048 Zürich

## I. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

### 1 Geltungsbereich

Diese AVB gelten für alle kantonalen bäuerlichen Organisationen, die sich der Unfallversicherung des Schweizerischen Bauernverbandes, Brugg (nachstehend SBV) für das Aushilfspersonal angeschlossen haben.

### 2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich, (nachstehend SOLIDA). Zu diesem Zweck hat der SBV mit der SOLIDA einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

### 3 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt automatisch, solange der Inhaber des Landwirtschaftsbetriebes, der Betriebsleiter oder dessen Ehefrau Mitglied der Krankenkasse Agrisano ist. Jedem Betrieb wird ein Exemplar der AVB ausgehändigt.

### 4 Versicherte Personen

Versichert sind Aushilfen und Tagelöhner 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 Betriebsinhabers, welche auf dem gleichen landwirtschaftlichen Betrieb 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 Heilwendungen. Mehrkosten, die durch Sonderwünsche des Versicherten entstehen, z. B. besonders aufwendige und teure bzw. rein kosmetische Massnahmen, 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 eine voraussichtlich bleibende, d.h. lebenslängliche Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt, ausbezahlt. Das Kapital wird ausgerichtet, sobald der Invaliditätsgrad definitiv feststellbar ist. 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 teilweise 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. Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht nach den vorgenannten Fällen bestimmen, wird er aufgrund der bleibenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, unter Berücksichtigung des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit und der persönlichen Verhältnisse des Versicherten bestimmt. Für psychische und nervöse Störungen wird eine Invaliditätsentschädigung nur gewährt, soweit sie auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind. 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 im AHV-ordentlichen Rentenalter die Hälfte. Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalls, so zahlt die SOLIDA die Todesfallsumme an die folgenden, nacheinander bezugsberechtigten Personen:

- a) den Ehegatten
- b) die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen
- c) 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 Finanzierung/Beitragserhebung

Mit der Zusatzversicherung für ergänzende Leistungen AGRI-spezial der Krankenkasse Agrisano wird bei Erwachsenen die Prämie für die Aushilfenversicherung von CHF 1.- pro Monat erhoben. Nicht beitragspflichtig sind die Kinder.

#### 9 Verhalten bei einem Unfall

##### a) Unfallanzeige

Nach Eintritt eines Unfalls ist zuständigen kantonalen Regionalstelle der Krankenkasse Agrisano oder dem SBV 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.

#### 10 Gerichtsstand

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

#### 11 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

# UNFALLVERSICHERUNG FÜR TOD UND INVALIDITÄT (UTI)

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

## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

Ausgabe 2008

### 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 vollenden 30. Altersmonat:	CHF 2'500.-
Kinder bis zum vollenden 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 nacheinander 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 10'000.00.

##### 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:

- a) Als Ganzinvalidität gilt der Verlust oder die volle Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust einer Hand und eines Fusses, 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% |
| Geschmacksinn   | 10% |
| Niere   | 20% |
| Milz  | 5%  |
| Sehr starke schmerzhaft 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.-
Invaliddät (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 Fallschirmgrenadier;
- 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 berechnigte 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 Bezugsberechnigten 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 Antragsannahmebestätigung 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 Tarifierpassungen

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 Verhalten 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 Datenschutzge-

setzes 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 Direktionsort oder den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Versicherten.

### 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 2007

Mit 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 infolge Krankheit hat die Helsana Zusatzversicherungen AG mit der Patria Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft, Basel, einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen.

Die Helsana Zusatzversicherungen AG erbringt diese Versicherungsleistungen gegenüber der versicherten Person als Versicherer und wird nachfolgend als «Versicherer» bezeichnet.

Das Glossar im Anhang ist integrierender Bestandteil der vorliegenden Versicherungsbedingungen. Alle im Text verwendeten Begriffe, die 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

### 2 Bis wann kann die Versicherung abgeschlossen werden und wer ist versichert?

Die Versicherung kann ab Geburt bis zum vollendeten 55. Altersjahr, das heisst einen Tag vor dem Erreichen dieses Ereignisses, abgeschlossen werden. Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

### 3 Wo gilt der Vertrag?

Der Vertrag gilt auf der ganzen Welt.

### 4 Welche Pflichten habe ich als versicherte Person?

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

Wird der Vertrag durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist.

Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

## II. VERSICHERUNGSDECKUNG

### 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung kann mit Beginn auf jeden Monatsersten beantragt werden. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vom Versicherer dem Antragsteller schriftlich mitgeteilten Beginn der Versicherung.

### 6 Wann endet das Vertragsverhältnis?

Die Versicherung erlischt automatisch

- mit dem Tod der versicherten Person;
- durch Kündigung mit dem Ende des betreffenden Monats;
- 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 9.

Die Versicherung erlischt ferner bei Auflösung des Zusammenarbeitsvertrages zwischen der Patria Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft und der Helsana Zusatzversicherungen AG. Die Auflösung

muss der versicherten Person spätestens einen 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 drei Monate.

Bei Anpassungen gemäss nachfolgender Ziffer 20 dieser Versicherungsbedingungen kann der Vertrag innert 30 Tagen auf den Zeitpunkt der Vertragsänderung gekündigt werden. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, so gilt dies als Zustimmung.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende 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 Wie werden die Prämien bezahlt?

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

Kommt die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, so wird sie 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. Der Versicherer behält sich zudem vor, vom Vertrag zurückzutreten.

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

Die versicherte Person hat für den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers diesen mit einem Betrag von mindestens CHF 50.- zu entschädigen. Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat die versicherte Person den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit mindestens CHF 150.- zu entschädigen.

### 10 Können Prämien mit Leistungen verrechnet werden?

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen. Die versicherte Person hat gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

## IV. LEISTUNGEN

---

### A Invaliditätskapital bei Erwachsenen

#### 11 Welche besonderen Bestimmungen gelten bei Invalidität?

Der Anspruch auf das versicherte Invaliditätskapital besteht bei Invalidität. Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital in jenem Zeitpunkt, in welchem die tatsächliche Dauer der Invalidität die Wartefrist 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 Wartefrist fest, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden.

#### 12 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 auf Grund 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.

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

#### 13 Was ist bei einer Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit?

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

### B Invaliditätskapital bei Kindern und Jugendlichen

#### 14 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 BWA-Einkommen des erlernten Berufes im Jahr der Bemessung.

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 BWA-Einkommen im Jahr der Bemessung.

#### 15 Wie wird der voraussichtliche Grad der Erwerbsunfähigkeit bestimmt?

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

### C Todesfallkapital

#### 16 Wann besteht Anspruch auf das Todesfallkapital?

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

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

#### 17 Wer ist anspruchsberechtigt?

Das Todesfallkapital erhält die im Antrag begünstigte Person. Eine Änderung ist jederzeit möglich. Die entsprechende Mitteilung ist schriftlich an den Versicherer 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.

## V. BESONDERHEITEN

---

#### 18 Was ist im Schadenfall zu tun?

Die versicherten Leistungen werden erbracht, sobald dem Versicherer die für die Beurteilung des Anspruches notwendigen Dokumente (z.B. IV-Rentenverfügung, Arztbericht) vorliegen und die Voraussetzungen gemäss vorgehender Ziffer 11 erfüllt sind.

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

#### 19 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;
- Unfall und/oder unfallähnlichen Körperschädigungen;
- vorgeburtlichen Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- Selbsttötung infolge Krankheit sowie den Folgen eines Versuchs dazu, und zwar während den ersten drei Jahren nach Versicherungsabschluss. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, die zu ihrem Tod führte, in absichtlich herbeigeführtem urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat;
- bei Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Leistungen zu kürzen, wenn das versicherte Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

Ist das versicherte Ereignis die Folge eines Wagnisses, werden die versicherten Leistungen gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert.

Stirbt ein versichertes Kind, bevor es 2 ½ Jahre alt ist, so werden an Stelle jeder anderen Leistung lediglich die zu fünf Prozent verzinsten Prämien zurückerstattet.

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

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

#### 20 Was geschieht bei einer Anpassung der Prämie?

Der Versicherer kann die Anpassung des Vertrages an den neuen Prämientarif verlangen. Der Versicherer teilt den versicherten Personen diese Änderungen schriftlich mit.

#### 21 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

sche 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).

## 22 Wo ist der Erfüllungsort für die versicherten Leistungen?

Als Erfüllungsort gilt der schweizerische (oder liechtensteinische) Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person oder des gesetzlichen Vertreters. Bei Fehlen des geforderten Wohnsitzes gilt der Sitz des Versicherten als Erfüllungsort.

## 23 Wie informiert sich die versicherte Person?

Allgemeine Informationen werden im Kundenmagazin, dem Publikationsorgan von Helsana sowie auf der jeweiligen Homepage veröffentlicht. Alle Mitteilungen erfolgen an die zuletzt gemeldete schweizerische Wohnsitzadresse.

## 24 Was passiert mit meinen Daten?

Die Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft, die Helsana Zusatzversicherungen AG und die übrigen Gesellschaften der Helsana-Gruppe verwenden 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 Kunden anbietet, fortlaufend zu verbessern. Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der Versicherten möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen der Helsana Zusatzversicherungen AG oder der Gesellschaften der Helsana-Gruppe oder Partnerunternehmen (insbesondere die Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft, weitere namentlich aufgeführt auf der Website von Helsana) anzubieten, die kostengünstig sind oder für die sich die potenziellen, bestehenden oder ehemaligen Versicherten interessieren könnten, werden die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet. Der Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft, 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.

## 25 Wer gehört zur Helsana-Gruppe?

Mitglieder der Helsana-Gruppe sind neben der Helsana Zusatzversicherungen AG die Helsana Versicherungen AG, die Progrès Versicherungen AG, die sansan Versicherungen AG, die avanex Versicherungen AG, die aerosana versicherungen, die Helsana Unfall AG, die Helsana Beteiligungen AG, Helsana und die PROCARE Vorsorge AG.

## 26 Wer gehört zu den Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe?

Insbesondere die Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft. Die weiteren aktuellen Partnerunternehmen der Helsana Zusatzversicherungen AG bzw. der Helsana-Gruppe sind auf der Website [www.helsana.ch](http://www.helsana.ch) aufgeführt.

## 27 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?

Die Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft, die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Helsana-Gruppe unterstehen besonders 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 des vorliegenden Vertrages Partnerunternehmen beigezogen werden.

## 28 Wie lange werden die Personendaten aufbewahrt?

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

## 29 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 des Versicherers 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.

