

Kollektivunfall- versicherung (KU)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2022-06

Inhalt

Kollektivunfallversicherung (KU)
Allgemeine Versicherungsbedingungen
(AVB) für Schweiz und Liechtenstein

1.	Grundlagen der Versicherung	3
1.1.	Versicherungsträger	3
1.2.	Grundlagen des Vertrages	3
1.3.	Gegenstand der Versicherung	3
1.4.	Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten	3
1.5.	Versicherte Personen	3
1.6.	Örtlicher Geltungsbereich	3
1.7.	Männliche und weibliche Form	3
2.	Versicherungsleistungen	3
2.1.	Heilungskosten	3
2.2.	Spitaltaggeld	4
2.3.	Taggeld	4
2.4.	Invaliditätsfall	5
2.5.	Todesfall	7
2.6.	Rentenleistungen	7
2.7.	Versicherung des Lohnnachgenusses	8
2.8.	Sonderrisiko	8
3.	Versicherungsvarianten	8
3.1.	Lohnsystem	8
3.2.	Kopfsystem	8
4.	Einschränkungen des Deckungsumfanges	9
4.1.	Ausschlüsse	9
4.2.	Kürzungen	9
4.3.	Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten	10
5.	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	10
5.1.	Beginn des Versicherungsschutzes	10
5.2.	Ende des Versicherungsschutzes	10
5.3.	Übertritt in die Einzelversicherung	10
6.	Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages	11
6.1.	Vertragsbeginn	11
6.2.	Vertragsdauer	11
6.3.	Vertragsaufhebung	11
7.	Prämien	12
7.1.	Prämienberechnung	12
7.2.	Vorausprämie	12
7.3.	Prämienabrechnung und Einsichtnahme	12
7.4.	Prämienzahlung und Fälligkeit	12
7.5.	Mahnung und deren Folgen	12
7.6.	Prämienanpassungen	12
7.7.	Überschussbeteiligung	12
8.	Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall	13
8.1.	Pflichten im Schadenfall	13
8.2.	Schadenminderung	13
8.3.	Auskunftspflicht	13
8.4.	Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen	14
8.5.	Rückgriffsrecht	14
9.	Kundendaten und Datenschutz	14
9.1.	Verwaltung von Kundendaten	14
9.2.	Weitergabe von Daten	14
9.3.	Recht auf Auskunft	14
10.	Schlussbestimmungen	15
10.1.	Verrechnung	15
10.2.	Abtretung und Verpfändung	15
10.3.	Örtliche Geltung	15
10.4.	Mitteilungen	15
10.5.	Gerichtsstand	15
10.6.	Verjährung	15
10.7.	Informationspflicht des Versicherungsnehmers	15

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Elips Life AG, Vaduz LI, nachfolgend elipsLife genannt.

1.2. Grundlagen des Vertrages

Die Grundlagen des Vertrages bilden alle schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer, die Versicherten und deren Vertreter im Antrag und in weiteren zum Antrag gehörenden Schriftstücken und ärztlichen Berichten abgeben. Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Versicherungspolice, allfälligen Nachträgen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Zusätzlichen Bedingungen (ZB) und Besonderen Bedingungen (BB) festgelegt. Soweit in den vorerwähnten Dokumenten eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Versicherungsvertragsgesetz. Zur besseren Lesbarkeit werden im Text die schweizerischen Gesetze und Verordnungen (UVG, UVV) genannt. Für Versicherungsnehmer mit Sitz in Liechtenstein gelten die entsprechenden liechtensteinischen Gesetze und Verordnungen (UVerSG, UVerSV).

1.3. Gegenstand der Versicherung

elipsLife versichert die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten im Rahmen der vereinbarten Leistungen.

1.4. Versicherte Unfälle und Berufskrankheiten

Die Versicherung erstreckt sich auf Berufs- und Nichtberufsunfälle einschliesslich Berufskrankheiten, die sich während der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung ereignen bzw. verursacht werden und die durch die UVG-Versicherung zu entschädigen sind. Ebenfalls mitversichert sind Unfälle im schweizerischen Militärdienst oder bei anderen unter die schweizerische Militärversicherung (MV) fallenden Tätigkeiten. Solche Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle im Sinne des UVG.

1.5. Versicherte Personen

Versichert sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen. Das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal ist von dieser Zusatzversicherung ausgeschlossen.

1.6. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt.

1.7. Männliche und weibliche Form

elipsLife bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der männlichen und weiblichen Schreibweise erfolgt aufgrund der besseren Lesbarkeit.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Heilungskosten

Sind die Heilungskosten mitversichert, so übernimmt elipsLife folgende gemäss UVG und Schweizerischem Militärversicherungsgesetz (MVG) anerkannten, aber nicht gedeckten Kosten (Ziffern 2.1.1 bis 2.1.4).

2.1.1. Heilbehandlung

elipsLife übernimmt die notwendigen Auslagen für ärztliche bzw. ärztlich verordnete Heilbehandlungen in der Schweiz, in Liechtenstein und im Ausland, die durch einen Leistungserbringer nach Art. 10 UVG oder Art. 10 UVerSG erbracht werden, sowie die Kosten für Aufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung von Spitälern und Reha-Kliniken in der Schweiz, in Liechtenstein und im Ausland.

Bei Heilbehandlung im Ausland gilt: Ist der Versicherte medizinisch betrachtet transportfähig, entscheidet elipsLife, ob die Kosten für die Heilbehandlung in der Schweiz, in Liechtenstein oder im Ausland übernommen werden.

2.1.2. Sachschäden

elipsLife übernimmt die Kosten für die durch einen Unfall verursachten Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Für Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur, wenn eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt. In Betracht fallen die Auslagen für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) der vorerwähnten Sachen.

2.1.3. Reise-, Transport- und Rettungskosten

Drängt sich wegen eines Unfalls, den der Versicherte im Ausland erlitten hat, dort eine Spitalbehandlung auf, durch welche die vorgesehene Rückkehr in die Schweiz oder nach Liechtenstein voraussichtlich um mindestens 14 Tage verzögert würde, so kann sich der Verunfallte auf Rechnung von elipsLife in ein schweizerisches oder liechtensteinisches Spital verlegen lassen. Dabei übernimmt elipsLife die Kosten bis zum Höchstbetrag von CHF 20'000 für solche Transporte, die den besonderen Umständen, namentlich der Natur der Verletzung und den allenfalls getroffenen medizinischen Massnahmen, angemessen sind. Allfällige durch den unfallbedingten Transport eingesparte Reisekosten bzw. Rückvergütungen infolge nicht benutzter Bahn-, Flug- und Schiffsbillette sind an die Leistungspflicht von elipsLife anzurechnen.

2.1.4. Leichentransporte

elipsLife übernimmt die notwendigen Kosten bis höchstens CHF 20'000 für die Überführung des tödlich Verunfallten an den Bestattungsort (inklusive Kosten für allfällige amtliche Grenzformalitäten). Die Vergütung erhält, wer sich über die Bezahlung dieser Kosten ausweist. Wird der Leichentransport durch einen Familienangehörigen des Verstorbenen begleitet, so übernimmt elipsLife die Reisekosten für eine Person (Bahn 1. Klasse, Flug Economy-Klasse).

2.1.5. Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten auch Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der Invalidenversicherung (IV), der Schweizerischen Militärversicherung (MV) oder weitere Versicherungsleistungen zu oder hat ein haftpflichtiger Dritter solche erbracht, ergänzt elipsLife diese Leistungen bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten (Schadenversicherung).

2.1.6. Unterhaltskostenanteil während eines Heilanstaltaufenthalts

Der von der UVG-Versicherung vom Taggeld vorgenommene Unterhaltskostenabzug während eines Heilanstaltaufenthalts wird durch diese Versicherung vergütet.

2.1.7. Höhe und Dauer der Leistungen

elipsLife übernimmt die Heilungskosten für die Dauer von fünf Jahren vom Unfalltag an, ohne betragsmässige Begrenzung.

2.2. Spitaltaggeld

Für die Dauer des ärztlich verordneten Spital oder Reha-Aufenthaltes bezahlt elipsLife (neben dem allenfalls versicherten Taggeld und neben den Heilungskosten) das vereinbarte Spitaltaggeld, längstens jedoch für 730 Tage innerhalb von fünf Jahren vom Unfalltag an.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

2.3. Taggeld

2.3.1. Leistungsdauer

elipsLife bezahlt das Taggeld pro Unfall für höchstens 730 Tage innert fünf Jahren seit dem Unfalltag, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer allenfalls geschuldeten Invaliditätsleistung gemäss den Bestimmungen über den Invaliditätsfall (vgl. dazu Ziffer 2.4). Der Anspruch des Taggeldes erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit der Auszahlung einer Invaliditätskapitalleistung oder Invaliditätsrente oder mit dem Tod des Versicherten.

2.3.2. Anspruch und Wartezeit

Die Zahlung des Taggeldes beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Für den Unfalltag selbst und die vereinbarte Wartezeit wird keine Entschädigung geleistet. Die Wartezeit beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch am Tag nach dem Unfall. Bei der Ermittlung der Wartezeit werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet. Die Wartezeit wird an die maximale Leistungsdauer von 730 Tagen innerhalb von fünf Jahren angerechnet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit richtet sich die Höhe des Taggeldes nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit. Die Voraussetzung für Taggeld ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

Leistungen von anderen Versicherern und von leistungspflichtigen Dritten werden angerechnet (Schadenversicherung).

2.3.3. Taggeld während des unbezahlten Urlaubs

Während der Dauer des Urlaubs besteht nach Ablauf der Nachdeckung kein Anspruch auf Taggeldleistungen. Verunfallt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs (maximal 180 Tage nach Ablauf der Nachdeckung gemäss Artikel 5.2), werden die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur geplanten Wiederaufnahme der Arbeit an die Wartezeit und die Leistungsdauer angerechnet.

2.4. Invaliditätsfall

Der Anspruch auf Leistungen bei Invalidität wird frühestens in dem Zeitpunkt geprüft, in dem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Tritt als Folge des Unfalls innerhalb von fünf Jahren eine voraussichtlich bleibende medizinisch theoretische Invalidität ein, so zahlt elipsLife das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante bestimmt.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

Die medizinisch theoretische Invalidität wird vom beratenden Arzt schematisch aufgrund der in Ziff. 2.4.1 genannten Grundsätze bestimmt. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital (IV-Kapital) hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Der Anspruch auf IV-Kapital erlischt mit dem Tode der versicherten Person.

2.4.1. Ermittlung des Invaliditätsgrades

- a) Für die Bemessung des Invaliditätsgrades (IV-Grad) sind die Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, Anhang 3; UVersV, Anhang 4) und die Feinabstufungstabellen 1-22 der Suva massgebend. Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.
- b) Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100 Prozent betragen kann, in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt.
- c) Waren durch den Unfall betroffene Körperteile, Körperfunktionen oder psychische und geistige Funktionen durch Krankheit, Geburtsgebrechen oder andere Unfälle 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. Werden die Unfallfolgen durch solche gleichzeitig aufgetretene unfallfremde Faktoren verschlimmert, so erfolgt eine anteilmässige Kürzung.
- d) Nach dieser Feststellung des Invaliditätsgrades eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, bleiben unbeachtlich.

2.4.2. Ermittlung des Invaliditätskapitals

Ist keine Progression vereinbart, wird das Invaliditätskapital mit Faktor 1 aus dem Invaliditätsgrad und der Versicherungssumme ermittelt. Wird eine Progression vereinbart, wird der Faktor aufgrund der Leistungsvariante A oder B bestimmt, und damit das Invaliditätskapital ermittelt. Variante A entspricht bei 100% Invalidität einer Progression von 225%, B von 350%:

Invaliditätsgrad	Variante A	Variante B
IV-Grad Anteil $\leq 25\%$	1x IV-Grad Anteil	1x IV-Grad Anteil
IV-Grad Anteil $>25\% \leq 50\%$	2x IV-Grad Anteil	3x IV-Grad Anteil
IV-Grad Anteil $>50\%$	3x IV-Grad Anteil	5x IV-Grad Anteil

Bei einem IV-Grad von 70% und der Variante A ergibt dies den Faktor 135% ($25\% \cdot 1 + 25\% \cdot 2 + 20\% \cdot 3$).

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

IV-Grad	Variante A	Variante B	IV-Grad	Variante A	Variante B
25%	25%	25%	63%	114%	165%
26%	27%	28%	64%	117%	170%
27%	29%	31%	65%	120%	175%
28%	31%	34%	66%	123%	180%
29%	33%	37%	67%	126%	185%
30%	35%	40%	68%	129%	190%
31%	37%	43%	69%	132%	195%
32%	39%	46%	70%	135%	200%
33%	41%	49%	71%	138%	205%
34%	43%	52%	72%	141%	210%
35%	45%	53%	73%	144%	215%
36%	47%	58%	74%	147%	220%
37%	49%	61%	75%	150%	225%
38%	51%	64%	76%	153%	230%
39%	53%	67%	77%	156%	235%
40%	55%	70%	78%	159%	240%
41%	57%	73%	79%	162%	245%
42%	59%	76%	80%	165%	250%
43%	61%	79%	81%	168%	255%
44%	63%	82%	82%	171%	260%
45%	65%	85%	83%	174%	265%
46%	67%	88%	84%	177%	270%
47%	69%	91%	85%	180%	275%
48%	71%	94%	86%	183%	280%
49%	73%	97%	87%	186%	285%
50%	75%	100%	88%	189%	290%
51%	78%	105%	89%	192%	295%
52%	81%	110%	90%	195%	300%
53%	84%	115%	91%	198%	305%
54%	87%	120%	92%	201%	310%
55%	90%	125%	93%	204%	315%
56%	93%	130%	94%	207%	320%
57%	96%	135%	95%	210%	325%
58%	99%	140%	96%	213%	330%
59%	102%	145%	97%	216%	335%
60%	105%	150%	98%	219%	340%
61%	108%	155%	99%	222%	345%
62%	111%	160%	100%	225%	350%

2.4.3. Integritätsentschädigung

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 elipsLife:

- a) zehn Prozent der in der Versicherungspolice für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Progression) bei Verunstaltung des Gesichtes, und/oder
- b) fünf Prozent bei Verunstaltung anderer normalerweise sichtbarer Körperteile.

Die Leistung für ästhetische Schäden wird auf CHF 20'000 begrenzt.

2.4.4. Auszahlung in Rentenform

Hat der Versicherte zum Zeitpunkt der Festsetzung des Invaliditätsgrades das 65. Altersjahr vollendet, so wird die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität im Sinne der vorstehenden Bestimmungen in Form einer lebenslänglichen Rente ausbezahlt. Die Rente wird endgültig festgesetzt (Alter bei IV-Entscheid ist massgebend) und ist vierteljährlich im Voraus zahlbar. Anspruchsberechtigt ist ausschliesslich die versicherte Person.

Alter bei Entscheid	Jahresrente pro CHF 1'000.–
66	CHF 68
67	CHF 71
68	CHF 74
69	CHF 77
ab 70	CHF 80

2.4.5. Umschulungskosten bei Berufskrankheiten

Sofern eine Umschulung mit Bezug auf eine Berufskrankheit, für die der UVG-Versicherer Leistungen erbracht hat, notwendig wird, übernimmt elipsLife die hierfür adäquaten Kosten in Ergänzung zur UVG- und IV-Versicherung, höchstens jedoch zehn Prozent der versicherten Invaliditätssumme ohne Progression.

2.5. Todesfall

Stirbt der Versicherte innert fünf Jahren an den Folgen eines Unfalls, so zahlt elipsLife die für den Todesfall versicherte Summe unter Abzug der allfällig für denselben Unfall bereits geleisteten Invaliditätsentschädigung. Ist der Verunfallte unter 16 oder über 65 Jahre alt, so beträgt die Todesfallsumme höchstens CHF 20'000. Der Versicherte kann durch schriftliche Mitteilung an elipsLife, in Abänderung der nachstehenden Regelung, Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an elipsLife widerrufen oder abgeändert werden. Fehlt es an einer besonderen Bezeichnung, so gelten nacheinander und ausschliesslich als begünstigt:

- a) der Ehegatte oder der eingetragene Partner
- b) die Kinder
- c) die Eltern zu gleichen Teilen

Sind keine der Anspruchsberechtigten vorhanden, vergütet elipsLife nur die Bestattungskosten bis zum Höchstbetrag von zehn Prozent der Versicherungssumme für den Todesfall, im Maximum CHF 10'000. Anspruchsberechtigte Hinterlassene einer versicherten Person erhalten die Leistungen auch dann, wenn sie die Erbschaft ausschlagen. Die Leistungen fallen nicht in den Nachlass der verstorbenen Person.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung). Auf das Todesfallkapital wird ein allfällig für denselben Unfall bereits ausbezahltes Invaliditätskapital angerechnet.

2.6. Rentenleistungen

Im Rahmen der Überschusslöhne können zusätzlich oder an Stelle der Kapitaldeckungen in Ziff. 2.4 und in Ziff. 2.5 Rentenleistungen versichert werden. Die geschuldeten Leistungen werden fällig, sobald die voraussichtlich bleibende Invalidität feststeht (Rentenbeginn gemäss UVG) und allfällige Taggeldzahlungen des UVG-Versicherers aufgehört haben. Für den Auskauf von Renten gelten die Bestimmungen des UVG. Auf den Renten erfolgt kein Teuerungsausgleich. Der maximal versicherbare Verdienst für Rentenleistungen kann durch Besondere Bedingungen (BB) maximal von CHF 250'000 auf CHF 300'000 (abzüglich UVG-Lohn gemäss Ziff. 3.1.1) erhöht werden.

Leistungen von anderen Versicherern und von leistungspflichtigen Dritten werden angerechnet (Schadenversicherung).

2.6.1. Hinterlassenenrenten im Rahmen der Überschusslöhne

elipsLife bezahlt im Todesfall die vereinbarten Hinterlassenenrenten. Die Hinterlassenenrenten betragen vom versicherten Überschusslohn:

- a) für Witwen und Witwer: 40 Prozent
- b) für Halbweisen: 15 Prozent
- c) für Vollwaisen: 25 Prozent
- d) für mehrere Hinterlassene zusammen höchstens: 70 Prozent

Die Hinterlassenenrenten werden für die gleiche Dauer ausgerichtet wie die Renten gemäss UVG. Der geschiedene Ehegatte hat keinen Anspruch auf eine Hinterlassenenrente.

Die Bestimmungen über die Komplementärrente gelangen nicht zur Anwendung.

2.6.2. Invalidenrente im Rahmen der Überschusslöhne

elipsLife bezahlt bei Vollinvalidität die vereinbarte Invalidenrente gemäss AVB 2.4.1 lit. a, bei Teilinvalidität gemäss IV-Grad entsprechend weniger. Die Invalidenrente wird für die gleiche Dauer ausgerichtet wie die Rente gemäss UVG. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des UVG, diejenigen über die Komplementärrente gelangen jedoch nicht zur Anwendung.

2.7. Versicherung des Lohnnachgenusses

Stirbt ein Arbeitnehmer infolge eines versicherten Unfalls und hinterlässt er einen Ehegatten oder minderjährige Kinder oder bei deren Fehlen andere Personen, denen gegenüber er eine Unterstützungspflicht erfüllt hat, so erstattet elipsLife die ihrem Versicherungsnehmer als Arbeitgeber obliegende gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 des Obligationenrechts (beziehungsweise Art. 1173a ABGB/Art. 58 Abs. 2). elipsLife verzichtet darauf, irgendwelche Versicherungs- und Vorsorgeleistungen, die den Hinterlassenen des verstorbenen Arbeitnehmers zustehen, auf diesen Lohnnachgenuss anzurechnen. Eine vom Versicherungsnehmer allenfalls eingegangene Verpflichtung, den Lohn, in Erweiterung der gesetzlichen Regelung, für eine längere Zeit weiterhin zu gewähren, wird nicht berücksichtigt. Die oben erwähnten Leistungen werden nur erbracht, wenn durch diesen Vertrag das Taggeld und/oder ein Todesfallkapital mitversichert sind.

2.8. Sonderrisiko

Ist das Sonderrisiko mitversichert, so werden die in der Versicherung gemäss UVG und der Eidgenössischen Militärversicherung (MV) vorgenommenen Leistungskürzungen und Leistungsverweigerungen bei Unfällen, die auf Grobfahrlässigkeit oder Wagnisse (ausgenommen absichtliche Herbeiführung des Unfalles) zurückzuführen sind, übernommen. elipsLife verzichtet bei den Leistungen aus dem abgeschlossenen Zusatzvertrag ebenfalls auf Leistungskürzungen und Leistungsverweigerung bei Unfällen, die auf Wagnisse (ausgenommen absichtliche Herbeiführung des Unfalles) zurückzuführen sind.

Sind entsprechend Leistungen von einem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Versicherer geschuldet, so werden diese von den Leistungen von elipsLife in vollem Umfang in Abzug gebracht. Werden Rentenleistungen geschuldet, so behält sich elipsLife vor, die Rentenverpflichtungen durch eine Kapitalabfindung abzugelten. Dieses Recht zur Kapitalabfindung steht elipsLife sowohl bei Beginn der Rentenzahlung als auch während der Rentenlaufzeit zu. Die Berechnung des Kapitals erfolgt nach den Richtlinien der Suva (Kapitalisierung der Renten zum Jahresende).

3. Versicherungsvarianten

3.1. Lohnsystem

Die Versicherung kann nach Lohnsystem abgeschlossen werden, wobei Prämien und Geldleistungen aufgrund der Löhne bzw. des versicherten Verdienstes berechnet werden.

3.1.1. UVG-Lohn

Die Leistungen bemessen sich aufgrund des bei elipsLife deklarierten Lohnes. Als UVG-Lohn gilt der versicherte Verdienst gemäss Art. 22 UVV bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag.

3.1.2. Überschusslohn

Als Überschusslohn gilt der das UVG-Maximum übersteigende Teil des Lohnes. Der maximal versicherbare Überschusslohn pro Person und Jahr berechnet sich aus der Differenz zwischen CHF 250'000 und dem UVG-Maximum entsprechenden Lohn. Für Versicherte, die sich der UVG-Versicherung freiwillig angeschlossen haben, bildet der mit elipsLife im Voraus vereinbarte Lohn die Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Versicherungsleistungen. Sofern ein fester Jahreslohn vereinbart wird, gilt dieser als versicherter Verdienst.

3.1.3. Mehrere Arbeitgeber

War der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls gleichzeitig bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, ist nur der beim Versicherungsnehmer erzielte Verdienst massgebend.

3.2. Kopfsystem

Die Versicherung kann nach Kopfsystem mit festen Summen und zu Prämien abgeschlossen werden, die aufgrund der Zahl der Versicherten oder der Arbeitstage berechnet werden.

4. Einschränkungen des Deckungsumfanges

4.1. Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle:

- a) welche bereits bei Vertragsbeginn bestehen,
- b) die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen. Diese Einschränkung gilt nicht für Ereignisse, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen, denen die versicherte Person während ihres Aufenthalts ausserhalb der Schweiz oder Liechtenstein ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Vorbehalten bleibt die nachfolgende Bestimmung bei freiwilligem Aufenthalt in einem Krisengebiet.
- c) die sich in einer Region ereignen, in welche sich die versicherte Person trotz Vorliegen einer Reisewarnung des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) begeben hat bzw. welche die versicherte Person nicht innert 14 Tagen nach Erlass einer entsprechenden Warnung verlassen hat. (www.eda.admin.ch)
- d) infolge von Erdbeben in der Schweiz und in Liechtenstein,
- e) infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter, aktiv oder durch Aufwiegelung, beteiligt war,
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden,
 - Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert.
- f) infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder dem Versuch dazu,
- g) infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie,
- h) bei welchen der Versicherte einen Blutalkoholgehalt von 1,8 Gewichtspromillen oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall,
- i) 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),
- j) infolge Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die der Versicherte absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat,
- k) infolge ärztlich nicht verordneter Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen, Methadon und chemischen Produkten,
- l) infolge ärztlich verordneter Heroinabgabe,
- m) als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden,
- n) bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgrenadier,
- o) bei militärischen Fallschirmabsprüngen,
- p) bei Luftfahrten, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist.

4.2. Kürzungen

4.2.1. Grobfahrlässigkeit

elipsLife verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Unfalls die versicherten Leistungen der Zusatzversicherung zu kürzen. Vorbehalten bleiben die Ausschlüsse gemäss AVB 4.1.

4.2.2. Mehrfachversicherung

Bestehen für die Heilungskosten oder für die Taggelder zur Deckung des Verdienstaufalles mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so werden sie gesamthaft nur einmal vergütet, und zwar im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

4.2.3. Leistungen Dritter

Werden Entschädigungen für die Heilungskosten oder für Taggelder zur Deckung des Verdienstaufalles von einem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Versicherer, der UVG-Versicherung, IV oder MV oder von weiteren Versicherungen übernommen, so werden diese von den Leistungen von elipsLife in vollem Umfange in Abzug gebracht.

4.2.4. Unfallfremde Faktoren

Die Leistungen für Heilungskosten, Spitaltaggeld und Taggeld werden nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines versicherten Unfalls ist.

Hingegen werden die Leistungen für Tod und Invalidität gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung durch unfallfremde Faktoren beeinflusst wurde. Die Kürzungen erfolgen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung.

4.2.5. Verletzung von Obliegenheiten im Schadenfall

Bei schuldhafter Verletzung der den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder den Anspruchsberechtigten betreffenden Obliegenheiten ist elipsLife befugt, die Versicherungsleistung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei Beachtung der Obliegenheit gemindert haben würde (vgl. dazu die Bestimmungen über die Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall, gemäss Ziffer 8.1 und 8.2).

4.2.6. Missverhältnis zwischen effektivem Einkommen und versichertem Verdienst

In der Zusatzversicherung zu einer freiwilligen Versicherung nach Art. 4f UVG und Art. 4f UVersG können die Geldleistungen gekürzt werden, wenn zwischen versichertem Verdienst und effektiv erzieltm Einkommen ein offensichtliches Missverhältnis besteht. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das tatsächliche Einkommen in den drei Jahren vor dem Unfall durchschnittlich weniger als 75% des versicherten Verdienstes betragen hat. Unabhängig von dieser Frist kann eine Kürzung erfolgen, wenn die vom Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss in Bezug auf den zu versichernden Verdienst gemachten Angaben offensichtlich falsch waren.

Die Geldleistungen werden in diesem Fall auf der Basis eines reduzierten versicherten Verdienstes erbracht. Der reduzierte versicherte Verdienst entspricht dem tatsächlichen Einkommen, reduziert um den in der freiwilligen Versicherung nach Art. 4f UVG und Art. 4f UVersG versicherten Verdienst.

4.3. Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

Hat eine zum Bezug von Todesfalleistungen berechtigte Person den Tod des Versicherten in Verübung eines Verbrechens oder Vergehens absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser (selbstverschuldeter oder nicht selbstverschuldeter) Urteilsunfähigkeit herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme. Diese wird den anderen Bezugsberechtigten im Sinne der Bestimmung über den Todesfall, gemäss Ziffer 2.5, ausgerichtet.

5. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

5.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für Arbeitnehmende beginnt am Tag der im Arbeitsvertrag als Beginndatum der Arbeitsverhältnisses aufgeführt ist, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn. Nicht versichert sind Unfälle oder Unfallfolgen, die bei Arbeitsbeginn bereits bestehen.

5.2. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt grundsätzlich für den Versicherten:

- a) mit seinem Austritt aus dem versicherten Betrieb (auch bei Arbeitslosigkeit oder bei einem allfälligen Abschluss einer sogenannten Abredeversicherung),
- b) mit dem Erlöschen der Versicherungspolice,
- c) bei freiwilligem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch, mit Ausnahme von Arbeitsunterbrüchen infolge Krankheit, Unfall, Mutterschaft oder Dienstleistungen in der Schweizer Armee oder im Zivildienst.

Besteht beim Ende des Arbeitsverhältnisses keine Folgedeckung, wird eine 30-tägige Nachdeckung gewährt (bei Monaten mit 31 Tagen beträgt diese 31 Tage).

5.3. Übertritt in die Einzelversicherung

5.3.1. Übertrittsrecht

Die in der Schweiz oder in Liechtenstein wohnhafte versicherte Person hat das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten,

- a) wenn sie aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet,
- b) wenn der Vertrag erlischt.

Die versicherte Person hat das Übertrittsrecht innert 30 Tagen nach Austritt aus dem versicherten Betrieb schriftlich geltend zu machen. Das Übertrittsrecht beschränkt sich inhaltlich auf den prüfungsfreien Eintritt in die Einzelversicherung. Die Versicherung wird unter Berücksichtigung der individuellen Situation als Einzelversicherung weitergeführt oder in eine selbstständige Unfallversicherung umgewandelt. Im Rahmen des Übertritts können höchstens Leistungen versichert werden, die bisher schon versichert waren. Die Einzelunfallversicherung kann gegenüber dem Leistungskatalog der Kollektivversicherung sowohl in der Höhe als auch in der Laufzeit beschränkt sein.

Die Weiterführung erfolgt im Rahmen der im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung. Die Höhe des versicherten Verdienstes beschränkt sich auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw.

die Leistung der ALV, im Maximum jedoch auf den bisher versicherten Verdienst bzw. den maximal versicherbaren Verdienst in der Einzelversicherung, für nicht erwerbstätige Personen auf die Höhe der einfachen AHV-Maximalrente.

5.3.2. Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Versicherung eines neuen Arbeitgebers,
- b) bei Erlöschen des Vertrages und Weiterführung desselben bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis,
- c) während der Dauer einer vorläufigen Deckungszusage,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Rentenalters,
- e) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat,
- f) für Personen, deren Arbeitsverhältnis in der Probezeit endet oder weniger als drei Monate gedauert hat, sowie für Personen mit befristeter Anstellung.

6. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

6.1. Vertragsbeginn

Versicherungsbeginn ist das auf der Versicherungspolice vereinbarte Datum. Der Vertragsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich.

6.2. Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

6.3. Vertragsaufhebung

6.3.1. Kündigung per Ablauf

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragsparteien unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich.

6.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung:

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes des Versicherungsnehmers ins Ausland,
- c) bei Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

6.3.3. Kündigung bei Prämienanpassung

Bei Prämienanpassungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag als Ganzes oder nur in Bezug auf einzelne Leistungen, deren Prämien erhöht wurden, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit hin zu kündigen.

6.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

elipsLife verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

7. Prämien

7.1. Prämienberechnung

7.1.1. Lohnsystem

Massgebend für die Berechnung der Prämien ist:

- a) bei Versicherung im Rahmen der UVG-Löhne: der für die UVG-Versicherung prämienspflichtige Lohn bis zum gesetzlichen Höchstbetrag,
- b) bei Versicherung im Rahmen der Überschusslöhne: der den gesetzlichen Höchstbetrag gemäss UVG übersteigende Lohn bis zu einem Maximallohn von CHF 250'000 pro Person und Jahr,
- c) für Versicherte mit einem festen Jahreslohn: der im Voraus vereinbarte versicherte Verdienst,
- d) für Versicherte, die sich dem UVG freiwillig angeschlossen haben: der im Voraus vereinbarte Lohn.

7.1.2. Kopfsystem

Massgebend für die Berechnung der Prämien ist die Zahl der Versicherten oder Arbeitstage.

7.2. Vorausprämie

Zu Beginn des Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer zunächst die in der Versicherungspolice provisorisch festgesetzte Vorausprämie zu bezahlen. Dies entspricht der mutmasslich endgültigen Prämie möglichst genau. Ändern sich die Verhältnisse erheblich (bspw. bei Veränderung des Versicherungsbestandes von mehr als 20%), kann die Vorausprämie auf Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst werden.

7.3. Prämienabrechnung und Einsichtnahme

Nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages wird die Prämienabrechnung aufgrund der definitiven Lohngrundlagen vorgenommen. Zu diesem Zweck stellt elipsLife dem Versicherungsnehmer ein Formular mit der Aufforderung zu, ihr darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung mitzuteilen. Beläuft sich jedoch die Nach- oder Rückprämie auf einen Betrag von unter CHF 10, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

Sendet der Versicherungsnehmer die Erklärung zur Prämienabrechnung nicht innert 30 Tagen seit Empfang des Deklarationsformulars an elipsLife zurück, ist elipsLife berechtigt, die mutmasslich endgültige Prämie nach eigenem Ermessen festzusetzen.

elipsLife hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, Belege, AHV-Abrechnungen) nachzuprüfen. Verweigert der Versicherungsnehmer die Zusammenarbeit bei der Ermittlung der definitiven Prämie, so kann elipsLife den Vertrag kündigen.

7.4. Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus auf den Beginn eines neuen Kalenderjahres zu entrichten. Eine sich aus der Prämienabrechnung ergebende Nachprämie ist innert 30 Tagen, nachdem elipsLife den Betrag vom Versicherungsnehmer eingefordert hat, zu bezahlen. Eine allfällige Rückprämie lässt elipsLife innerhalb derselben Frist seit Feststellung des definitiven Prämienbetrages dem Versicherungsnehmer zugehen.

7.5. Mahnung und deren Folgen

Wird die Prämie, innerhalb von 30 Tagen vom Verfalldatum an gerechnet, nicht entrichtet, fordert elipsLife den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich auf, innert 14 Tagen (Schweiz) resp. 4 Wochen (Liechtenstein) nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Fordert elipsLife die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist ein, so wird angenommen, dass sie, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämien, vom Vertrag zurücktritt.

7.6. Prämienanpassungen

elipsLife hat das Recht aufgrund der Schadenerfahrung die Prämie auf das folgende Kalenderjahr anzupassen. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

7.7. Überschussbeteiligung

Es kann eine Überschussbeteiligung vereinbart werden. Ist eine Überschussbeteiligung vereinbart, wird der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen Versicherungsjahren (Abrechnungsperiode) an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt. Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System sind in der Versicherungspolice erwähnt.

Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt respektive vollständig reserviert sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen. Werden nach erfolgter Abrechnung Unfälle nachgemeldet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, kann elipsLife eine neue Abrechnung zur Auszahlung oder Rückforderung der Überschussbeteiligung erstellen.

War der Vertrag während der vereinbarten Abrechnungsperiode nicht ununterbrochen in Kraft, verlängert sie sich entsprechend. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

Die Überschussbeteiligung ist allerdings dann anteilig geschuldet, wenn der Versicherungsvertrag infolge Handänderung, Namensänderung oder Fusion vor Ablauf der jeweiligen Beobachtungsperiode aufgehoben wird, vorausgesetzt der Versicherungsschutz wird bei elipsLife weitergeführt.

Auf Rentenleistungen wird keine Überschussbeteiligung gewährt.

8. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

8.1. Pflichten im Schadenfall

Führt ein Ereignis voraussichtlich zu Versicherungsleistungen:

- a) hat die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer elipsLife dies mittels des zur Verfügung gestellten Formulars unverzüglich anzumelden. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist die ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei elipsLife einzureichen. Erfolgt die Anmeldung ohne ausreichende Begründung verspätet, gewährt elipsLife Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies elipsLife unverzüglich zu melden. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, ist die versicherte Person verpflichtet, alle vier Wochen eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Ein Todesfall ist innert fünf Tagen zu melden.
- b) ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten.
- c) hat sich die versicherte Person auf Verlangen von elipsLife Untersuchungen durch von elipsLife beauftragten Ärzte zu unterziehen. Die Kosten hierfür trägt elipsLife.
- d) ist die versicherte Person verpflichtet, einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.
- e) gewährt elipsLife auf Antrag bei Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Reha-Klinik eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen. In diesem Fall hat das Kostengutsprache gesuch vor Eintritt in das Spital oder die Reha-Klinik zu erfolgen.

8.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von elipsLife die Anmeldung bei der IV, können die Versicherungsleistungen vorübergehend eingestellt werden.

8.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person respektive der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch bei elipsLife geltend gemacht wird, elipsLife sämtliche Informationen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht, Leistungshöhe oder Leistungsdauer erforderlich sind, zur Verfügung.

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber elipsLife von der Schweigepflicht. elipsLife kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen. Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer erteilen elipsLife unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind elipsLife Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen. elipsLife kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

8.4. Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag werden mit dem Ablauf von vier Wochen von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, in dem elipsLife Angaben, Unterlagen und ärztliche Zeugnisse erhalten hat, aus denen sie sich von der Richtigkeit und vom Umfang der Ansprüche überzeugen kann. Die Bezahlung der Heilungskosten erfolgt in der Regel an den Versicherten, kann aber auch direkt an den Rechnungssteller (Ärzte, Spitäler, Kuranstalten usw.) entrichtet werden. Anspruchsberechtigt ist, mit Ausnahme der Todesfallsumme gemäss den Bestimmungen über den Todesfall (vgl. dazu Ziffer 2.6), die versicherte Person. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Auszahlung an die versicherte Person und an den Versicherungsnehmer, gemäss Ziffer 8.4.1 und 8.4.2.

Den Bestimmungen über die Auszahlung an die versicherte Person und an den Versicherungsnehmer liegen die entsprechenden Steuergesetze zugrunde.

8.4.1. Auszahlung an die versicherte Person

Werden der Quellensteuer unterliegende Taggeldleistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt, werden sie um den geschuldeten Steuerabzug an der Quelle gekürzt.

8.4.2. Auszahlung an den Versicherungsnehmer

Dem Versicherungsnehmer können der Quellensteuer unterliegende Taggeldleistungen ungekürzt überwiesen werden. Der Versicherungsnehmer haftet für sämtlichen Schaden, der elipsLife aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtung erwachsen sollte, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

8.5. Rückgriffsrecht

Erbringt elipsLife anstelle eines haftpflichtigen Dritten Heilungskosten oder Taggeldleistungen, hat der Versicherte elipsLife seine Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht abzutreten.

9. Kundendaten und Datenschutz

9.1. Verwaltung von Kundendaten

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden von elipsLife vertraulich und in Übereinstimmung mit den schweizerischen und liechtensteinischen Gesetzen bearbeitet.

Während für die Vertragsverwaltung eher allgemeine Daten wie Adressdaten, Alter usw. bearbeitet werden, sind es im Rahmen der Antragsbearbeitung und der Leistungserbringung insbesondere auch Gesundheitsdaten. Diese werden von elipsLife elektronisch oder physisch gespeichert und archiviert. Dies umfasst auch Daten von Verträgen, die nicht in Kraft gesetzt werden oder bei welchen die erste Prämie nicht bezahlt wird.

Mit der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Anzeige eines Leistungsfalls wird elipsLife ermächtigt, die entsprechenden Daten zu bearbeiten aber auch weitere Daten bei Dritten (Ärzten, Spitalern, Vorversicherern, Amtsstellen usw.) einzuverlangen. Die Einforderung solcher Daten bedingt immer auch die Bekanntgabe von Personendaten an diese Dritte.

Hat der Versicherungsnehmer einen Broker mit der Wahrung seiner Interessen beauftragt, so gewährt elipsLife dem Broker Einsicht in die entsprechenden Daten, sofern er vom Kunden entsprechend ermächtigt wurde.

Ansonsten werden ohne die Zustimmung der betroffenen Person Daten von elipsLife nur an allfällige Rückversicherer bekannt gegeben.

9.2. Weitergabe von Daten

elipsLife kann die für die Verwaltung dieses Produkts notwendigen Geschäftsbereiche oder Teile davon auf Dritte im In- und Ausland übertragen und diesen die für die Erfüllung der entsprechenden Aufgabe notwendigen Daten übermitteln. Auch in diesem Fall bleiben Ihre Daten entsprechend den Anforderungen des Datenschutzgesetzes geschützt.

9.3. Recht auf Auskunft

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben das Recht, jederzeit Auskunft über die von elipsLife bearbeiteten Daten zu verlangen und die Bearbeitung dieser Daten durch elipsLife ganz oder teilweise zu untersagen. Vorbehalten bleibt die im Gesetz vorgesehene Bekanntgabe von Daten.

10. Schlussbestimmungen

10.1. Verrechnung

elipsLife hat das Recht, fällige Versicherungsleistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer zu verrechnen.

10.2. Abtretung und Verpfändung

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

10.3. Örtliche Geltung

Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmende gilt die Versicherung vom Zeitpunkt der Entsendung an maximal 72 Monate, sofern für diese Personen gleichzeitig eine UVG-Deckung besteht.

10.4. Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich, zuzustellen. Alle Mitteilungen seitens elipsLife erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder in Liechtenstein.

10.5. Gerichtsstand

elipsLife anerkennt als Gerichtsstand Vaduz, oder den schweizerischen oder liechtensteinischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten.

10.6. Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber elipsLife verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht von elipsLife begründet.

10.7. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrags, dessen Änderungen und dessen Auflösung zu informieren.