

Kollektiv-Unfallversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2022, für nicht UVG-unterstellte Bereiche

SW/CA

Inhaltsverzeichnis

Kundeninformation

| | |
|---|---|
| Ihre Kollektiv-Unfallversicherung in Ergänzung zum UVG im Überblick | 3 |
|---|---|

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektiv-Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche

| | |
|---|-----------|
| I. Grundlagen..... | 5 |
| Art. 1 Vertragsgrundlagen..... | 5 |
| II. Geltung der Versicherung..... | 5 |
| Art. 2 Grundsatz | 5 |
| Art. 3 Versicherungsnehmer, versicherte Person, versicherte Betriebe | 5 |
| Art. 4 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrags..... | 6 |
| Art. 5 Kündigung im Leistungsfall..... | 6 |
| Art. 6 Örtliche Geltung | 6 |
| Art. 7 Definitionen | 6 |
| III. Versicherte Leistungen | 7 |
| Art. 8 Gegenstand der Versicherung..... | 7 |
| Art. 9 Ausschluss und Kürzungen | 7 |
| Art. 10 Versicherte Personen..... | 7 |
| Art. 11 Dauer des Versicherungsschutzes für die versicherte Person..... | 7 |
| Art. 12 Unfall-Heilungskosten | 8 |
| Art. 13 Unfalltaggeld | 8 |
| Art. 14 Spitaltaggeld..... | 9 |
| Art. 15 Invalidität | 9 |
| Art. 16 Todesfall | 10 |
| Art. 17 Mitwirkung unfallfremder Ursachen..... | 10 |
| Art. 18 Leistungen Dritter..... | 11 |
| Art. 19 Rückforderung und Verrechnung von Leistungen | 11 |
| Art. 20 Verpfändung und Abtretung..... | 11 |
| IV. Verhaltenspflichten..... | 11 |
| Art. 21 Unfallmeldung | 11 |
| Art. 22 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten | 11 |
| Art. 23 Schadenminderungspflicht..... | 12 |
| Art. 24 Quellensteuer..... | 12 |

| | |
|--|-----------|
| V. Prämie | 12 |
| Art. 25 Prämienabrechnung | 12 |
| Art. 26 Prämienzahlung | 12 |
| Art. 27 Prämienanpassung | 12 |
| Art. 28 Gefahrenerhöhung und -verminderung | 13 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| VI. Überschussbeteiligung..... | 13 |
| Art. 29 Grundsatz | 13 |
| Art. 30 Abrechnung | 13 |

| | |
|--|-----------|
| VII. Datenbearbeitung | 13 |
| Art. 31 Datenbearbeitung durch SWICA | 13 |

| | |
|---|-----------|
| VIII. Schlussbestimmungen..... | 14 |
| Art. 32 Mitteilungen an SWICA | 14 |
| Art. 33 Auslegung..... | 14 |
| Art. 34 Anwendbares Recht und Gerichtsstand | 14 |

Kollektiv-Unfallversicherung für Schüler Ergänzende Versicherungsbedingungen

| | |
|---------------------------------------|----|
| Art. 1 Versicherte Personen | 15 |
| Art. 2 Versicherte Unfälle | 15 |
| Art. 3 Nicht versicherte Unfälle..... | 15 |

Kollektiv-Unfallversicherung für Besucher Ergänzende Versicherungsbedingungen

| | |
|--|----|
| Art. 1 Versicherte Personen und örtliche Geltung | 16 |
| Art. 2 Nicht versicherte Unfälle..... | 16 |
| Art. 3 Versicherung für Heilungskosten | 16 |
| Art. 4 Höchstkapitalleistung | 16 |
| Art. 5 Sachschäden | 16 |

Kundeninformation

Ihre Kollektiv-Unfallversicherung in Ergänzung zum UVG im Überblick

Geschätzte Kundin, geschätzter Kunde

Das vorliegende Dokument regelt die Bedingungen der Kollektiv-Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche. Einleitend sind die wichtigsten Aspekte zur Versicherung als Übersicht aufgeführt. Die detaillierten und rechtsverbindlichen Versicherungsbedingungen sind auf den folgenden Seiten geregelt.

Wer ist Versicherungsträger?

SWICA Versicherungen AG,
Römerstrasse 37, 8400 Winterthur.

Wer ist versichert?

Versichert sind die auf der Police aufgeführten Personen bzw. Personengruppen.

Was ist versichert?

Versichert sind Unfälle, die sich während der Vertragsdauer ereignen (siehe Artikel 8).

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind Unfälle (Artikel 9):

- infolge kriegerischer Handlungen, Terrorakten oder bandenmässiger Verbrechen oder als Folge der Teilnahme daran;
- bei Militärdienst in einer ausländischen Armee;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen oder Schäden aus Nuklearenergie.

Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls das ordentliche AHV-Rentalter erreicht haben, sind die Kapitalleistungen bei Invalidität und Tod begrenzt.

Zusätzlich aufzuführen sind Wagnisse, Teilnahme an Unruhen, Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens, Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Welche Leistungen können versichert werden?

- Unfall-Heilungskosten
- Unfalltaggeld
- Unfall-Spitaltaggeld
- Unfallkapital bei Invalidität und/oder Tod

Wie berechnet sich die Prämie?

Die Prämie ergibt sich aus den in der Police aufgeführten Prämiensätzen. Wenn eine Vorausprämie vereinbart wurde, ermittelt SWICA die definitive Prämie am Ende des Jahres. Eine allfällige Differenz wird rückvergütet bzw. in Rechnung gestellt. Bei Vereinbarung einer Pauschalprämie wird auf dieses Abrechnungsverfahren verzichtet. SWICA passt die Vorausprämie für das Folgejahr entsprechend an. Erhöht sich der Prämientarif, darf SWICA die Prämiensätze anpassen. Sie informiert dazu den Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag zu kündigen.

Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

Der Versicherungsnehmer muss:

- die Prämie fristgerecht bezahlen (Artikel 26);
- die Löhne deklarieren (ausser bei vereinbarten Löhnen) (Artikel 25);
- Unfälle sofort bei SWICA melden (Artikel 21);
- SWICA über erhebliche Gefahrenerhöhungen informieren (Artikel 28);
- die Versicherten über die Datenbearbeitung informieren.

Wie lange läuft der Vertrag?

Die Vertragsdauer ist in der Police aufgeführt. Nach Ablauf der Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht ein Vertragspartner spätestens drei Monate zuvor eine Kündigung erhalten hat. Eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist auch während eines versicherten Unfalls möglich – ohne Einfluss auf den laufenden Fall.

Wie wird der Versicherungsnehmer am guten Schadenverlauf beteiligt?

Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren einen Anteil des allfälligen Überschusses aus seinem Vertrag.

Der Überschuss berechnet sich nachfolgender Formel: (Jahresprämien × Prämienanteil – Schadenaufwand) × Überschussanteil.

Prämienanteil und Überschussanteil sind in der Police aufgeführt.

Welche Daten werden wie bearbeitet?

Im Rahmen der Vertragsanbahnung und Vertragsdurchführung erhält SWICA Kenntnis von folgenden Daten:

- Kundendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Bankverbindungen usw.), gespeichert in elektronischen Kundendateien;
- Antragsdaten (Antworten auf Antragsfragen, Gesundheitsdaten, Arztberichte, Angaben des Vorversicherers über den bisherigen Schadenverlauf);
- Vertragsdaten (Vertragsdauer, versicherte Leistungen, Lohnsummen usw.), gespeichert in Vertragsverwaltungssystemen und physischen Policendossiers;
- Zahlungsdaten (Datum der Prämieneingänge, Ausstände, Mahnungen, Guthaben usw.), gespeichert in Inkassodatenbanken;
- allfälligen Leistungsdaten (Krankheits-/Unfallmeldungen von versicherten Personen, Abklärungsberichte, Rechnungsbelege usw.), gespeichert in physischen Leistungsdossiers und elektronischen Leistungsapplikationssystemen.

Diese Daten werden benötigt, um Risiken zu prüfen und einzuschätzen, den Vertrag zu verwalten und Leistungsfälle korrekt abzuwickeln.

SWICA bewahrt Schadendaten nach Erledigung des Leistungsfalls mindestens zehn Jahre auf, alle anderen Daten zehn Jahre ab Vertragsauflösung.

Die Daten können an involvierte Dritte, namentlich andere beteiligte Versicherer, Behörden, Anwälte und externe Sachverständige, weitergeleitet werden. Eine Datenweitergabe kann auch zum Zweck der Aufdeckung oder Verhinderung eines Versicherungsmissbrauchs erfolgen.

Mit Ermächtigung des Antragstellers oder des Versicherten kann SWICA bei Behörden, privaten und sozialen Versicherungsträgern wie auch bei Ärzten und Spitätern sachdienliche Auskünfte einholen und weiterleiten.

Die Gesellschaften der SWICA Gesundheitsorganisation gewähren einander zwecks administrativer Vereinfachung und zu Marketingzwecken Einblick in die Kunden-daten (zwecks Identifizierung der Kunden) und die Vertragsdaten (ohne Antrags- und Leistungsdaten).

Wichtig!

Weitergehende Informationen finden Sie in der Offerte, im Antrag, in der Police und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektiv-Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche

I. Grundlagen

Versicherungsträgerin ist die SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur, nachstehend SWICA genannt. Die zuständige Betreuungsstelle ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Für allgemeine Fragen rufen Sie uns unter der Gratisnummer +41 58 800 99 33 an oder senden Sie uns eine E-Mail an swica@swica.ch.

Art. 1 Vertragsgrundlagen

Die Grundlagen des vorliegenden Vertrags bilden:

- a) die Police;
- b) die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie allfällige ergänzende Versicherungsbedingungen und Nachträge;
- c) das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für Sachverhalte, die in den unter lit. a und b genannten Grundlagen nicht geregelt sind;
- d) alle schriftlich oder in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, vorliegenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen SWICA und dem Versicherungsnehmer¹ oder der versicherten Person.

II. Geltung der Versicherung

Art. 2 Grundsatz

- 1. Der Vertrag beinhaltet eine Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche.
- 2. Die versicherten Personen und die versicherten Leistungen sind in der Police aufgeführt.
- 3. Die Heilungskostenversicherung ist eine Schadensversicherung. Die Taggeld-, Spitaltaggeld-, Invaliditätskapital- und Todesfallkapitalversicherungen sind Summenversicherungen.

Art. 3 Versicherungsnehmer, versicherte Person, versicherte Betriebe

- 1. Als Versicherungsnehmer gilt die natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.
- 2. Als versicherte Person gilt die versicherte Einzelperson.
- 3. Die versicherten Betriebe sind in der Police aufgeführt. Mitversichert sind sämtliche Standorte und Niederlassungen des Versicherungsnehmers in der Schweiz, sofern auf der Police nicht etwas anderes vermerkt ist.

¹Der besseren Lesbarkeit wegen wird in diesem Dokument lediglich die männliche Form verwendet.
Dies gilt für sämtliche geschlechtsspezifischen Begriffe im Dokument.

Art. 4 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrags

1. Beginn und Ende des Versicherungsvertrags sind in der Police aufgeführt.
2. Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungszusage kann SWICA den Antrag schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, ablehnen. Lehnt sie ihn ab, erlischt der Versicherungsschutz drei Tage nach Eintreffen der Mitteilung beim Versicherungsnehmer. Die Prämie ist anteilmässig geschuldet.
3. Der Vertrag verlängert sich am Ende der Vertragsdauer automatisch jeweils um ein Jahr. Beide Vertragspartner können den Vertrag jeweils auf das Vertragsende auflösen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Die Kündigung hat schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erfolgen. Wurde der Vertrag für weniger als ein Jahr abgeschlossen, erlischt er ohne Kündigung an dem in der Police aufgeführten Vertragsablauf.
4. Weitere Gründe für das Enden des Versicherungsvertrags sind:
 - a) die Geschäftsaufgabe des Versicherungsnehmers;
 - b) die Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
 - c) die Konkursöffnung über den Versicherungsnehmer (es sei denn, die Versicherungsprämie wird weiterhin durch Dritte – z.B. Konkursverwalter – bezahlt);
 - d) Wegfall des Risikos.

Art. 5 Kündigung im Leistungsfall

1. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag nach jedem Unfall, für den SWICA Leistungen erbringt, kündigen. Er muss die Kündigung spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat bzw. hätte erhalten können, schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bei SWICA einreichen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung bei SWICA.
2. SWICA verzichtet auf das Kündigungsrecht im Leistungsfall, ausser bei Verletzung der Anzeigepflicht oder bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

Art. 6 Örtliche Geltung

1. Bei Versicherungsnehmern mit Geschäftssitz in der Schweiz gilt die Versicherung auf der ganzen Welt.
2. Verunfallt eine versicherte Person im Ausland, übernimmt SWICA auch die dort entstehenden Kosten entsprechend dem vereinbarten Leistungsumfang.

Art. 7 Definitionen

1. **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 (ATSG Art. 4). Für unfallähnliche Körperschädigungen gelten die Regelungen gemäss UVG.
2. **Arbeitsunfähigkeit** ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte vollständige oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (ATSG Art. 6). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.
3. Bezuglich des Begriffes **Medizinalpersonen** gelten die Bestimmungen des UVG.
4. Als **Kuranstalten** gelten Institutionen, die der Nachbehandlung oder Rehabilitation dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Personal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.
5. Als **Spital** gelten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.
6. **ATSG** Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)
AVB Allgemeine Versicherungsbedingungen
IVG Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
KVG Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
MVG Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.10)
UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
VVG Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.299.1)

III. Versicherte Leistungen

Art. 8 Gegenstand der Versicherung

1. SWICA versichert die wirtschaftlichen Folgen, die als Folge von Unfällen entstehen. Der Umfang der Versicherungsleistungen ist in der Police aufgeführt.
 2. Versichert sind Berufsunfälle, die sich während der Vertragsdauer ereignen.
 3. Nichtberufsunfälle sind nur dann versichert, wenn sie in der Police explizit aufgeführt sind.
 4. Als Berufsunfälle gelten Unfälle, die sich ereignen:
 - während einer Tätigkeit für den versicherten Betrieb bzw. während der Erfüllung der versicherten Funktion;
 - während der Arbeitspausen, sofern sie auf dem Betriebsgelände verbracht werden;
 - auf dem direkten Weg zu und von der Arbeit.
- Alle übrigen Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle.
5. Der gesamte Leistungsanspruch aus allen bei SWICA bestehenden Unfallversicherungen (mit Ausnahme der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG) ist pro Person und Ereignis auf kapitalisiert 10000000 Franken begrenzt.

Art. 9 Ausschluss und Kürzungen

1. Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle:
 - a) infolge kriegerischer Handlungen, Terrorakten oder bandenmässiger Verbrechen oder als Folge der Teilnahme daran.
 - Wird die versicherte Person im Ausland von diesen überrascht, erlischt der Versicherungsschutz jedoch erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten;
 - wird die versicherte Person Opfer einer Flugzeugentführung, bezahlt SWICA die vollen Leistungen, auch wenn das Flugzeug in ein Land entführt wird, das in kriegerische Vorfälle verwickelt ist;
 - keine Leistungen erbringt SWICA, wenn die versicherte Person Opfer einer Flugzeugentführung wird, die mehr als 48 Stunden nach Ausbruch eines Kriegs stattfindet;
 - b) bei Militärdienst in einer ausländischen Armee;
 - c) infolge Teilnahme an Unruhen;
 - d) infolge Beteiligung an Raufereien oder Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person ist als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - e) infolge Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens bzw. beim Versuch dazu;
 - f) infolge Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen irgendwelcher Art sowie am Training dazu;

- g) infolge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrsmaßnahmen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind;
 - h) infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - i) infolge Gesundheitsschädigungen, die die versicherte oder eine andere anspruchsberechtigte Person absichtlich herbeigeführt hat;
 - j) infolge ionisierender Strahlen oder von Schäden aus Nuklearenergie. Versichert sind hingegen Gesundheitsschädigungen, die durch ärztlich verordnete Strahlenbehandlungen aufgrund eines versicherten Unfalls oder einer versicherten Berufskrankheit entstehen.
2. Hat eine versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das ordentliche AHV-Rentalter erreicht, gelten folgende Begrenzungen:
 - a) das versicherte Invaliditätsskapital beträgt maximal 100 000 Franken (bei Vollinvalidität, die Progression entfällt);
 - b) das versicherte Todesfallkapital beträgt maximal 5000 Franken.
 3. Das Todesfallkapital ist bei Kindern wie folgt begrenzt:
 - bis 2 Jahre und 6 Monate: 2500 Franken;
 - bis zum 12. Lebensjahr: 20000 Franken.

Art. 10 Versicherte Personen

Die versicherten Personen und Personengruppen sind auf der Police aufgeführt.

Art. 11 Dauer des Versicherungsschutzes für die versicherte Person

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person
 - a) mit Versicherungsvertragsbeginn;
 - b) mit dem Beitritt zum Versichertenkreis.
2. Der Versicherungsschutz erlischt für die versicherte Person
 - a) mit Beendigung des Versicherungsvertrags;
 - b) mit ihrem Ausscheiden aus dem Versichertenkreis;
 - c) wenn infolge Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers die Leistungspflicht ruht.
3. SWICA erbringt weiterhin die vertraglichen Leistungen für einen Unfall, den die versicherte Person während der Vertragsdauer erlitten hat.

Art. 12 Unfall-Heilungskosten

1. SWICA übernimmt nur denjenigen Teil von Unfall-Heilungskosten, der nicht bereits durch die Sozialversicherungen (z.B. KVG, UVG, IVG, MVG oder entsprechende ausländische Versicherungen) gedeckt ist. Von den Sozialversicherungen geltend gemachte Franchisen, Selbstbehalte und Gebühren bezahlt SWICA nicht.
2. Im Rahmen der vereinbarten Heilungskostendeckung bezahlt SWICA in Ergänzung zu Sozialversicherungsleistungen:
 - a) die Kosten der medizinisch notwendigen, zweckmässigen Heilmassnahmen, die durch eine gemäss UVG bezeichnete Medizinalperson durchgeführt oder angeordnet werden;
 - b) von SWICA anerkannte natürliche Heilverfahren, sofern die Behandlung durch einen Arzt oder von SWICA anerkannten Therapeuten erfolgt. SWICA führt eine Liste der anerkannten Heilverfahren und Therapeuten. Diese Liste ist öffentlich einsehbar auf swica.ch und kann beim Kundendienst verlangt werden. Falls keine anerkannten Tarife bestehen, gilt ein Tarif von 80 Franken pro Stunde;
 - c) Kosten für homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Präparate, die von einem Therapeuten gemäss Abs. 2 lit. b verordnet oder abgegeben werden und nicht unter die Negativliste fallen;
 - d) Präparate und Medikamente werden zum Publikumspreis entschädigt. Für selbst hergestellte Präparate oder Medikamente vergütet SWICA die Herstellungskosten mit einem Zuschlag von maximal 30 Prozent;
 - e) die Spitälkosten während längstens fünf Jahren ab Unfalldatum. Die versicherte Abteilung (allgemein/halbprivat/privat) ist in der Police aufgeführt. Dem Patienten stehen alle öffentlichen und privaten Spitäler zur Wahl;
 - f) die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Kuraufenthalts in einer ärztlich geleiteten schweizerischen Kuranstalt. Vorgängig ist zwingend eine Kostengutsprache von SWICA einzuholen. Für Unterkunftskosten der versicherten Person werden maximal 200 Franken pro Tag vergütet;
 - g) die Kosten für die Dienste des diplomierten Pflegepersonals während der Dauer der Heilbehandlung gemäss Abs. 2;
 - h) die Kosten für die Miete von Krankenmobilien;

- i) die Kosten für die Anschaffung von Hilfsmitteln, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Muss ein Hilfsmittel trotz sorgfältiger Handhabung repariert, angepasst oder erneuert werden, so übernimmt SWICA die Kosten, soweit nicht ein Dritter ersatzpflichtig ist. Wiederverwendbare Hilfsmittel wie z.B. Gehhilfen werden nur leihweise zur Verfügung gestellt;
- j) die Kosten für:
 - alle durch den Unfall bedingten medizinisch notwendigen Transporte der versicherten Person. Transporte mit Luftfahrzeugen sind nur gedeckt, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind;
 - unfallbedingte Rettungsaktionen zugunsten der versicherten Person;
 - Bergungsaktionen, wenn der Tod die Folge eines versicherten Unfalls oder von Erschöpfung ist;
 - Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden, bis höchstens 20000 Franken.
- k) SWICA übernimmt die Kosten für ärztlich angeordnete, durch ausgebildetes Pflegepersonal durchgeführte Hauspflege während längstens fünf Jahren ab Unfalldatum.
- l) Für eine notfallmässige Heilbehandlung im Ausland vergütet SWICA höchstens den doppelten Betrag der Kosten, die bei der entsprechenden Behandlung in der Schweiz entstanden wären.

Art. 13 Unfalltaggeld

1. Ist die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt SWICA bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit das auf der Police aufgeführte Taggeld. Die Unfalltaggeldversicherung ist, mit Ausnahme von Absatz 5, eine Summenversicherung.
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer zählen Tage mit einer Arbeitsfähigkeit ab 25 Prozent voll.
3. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent, frühestens aber drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung.

4. Für den Unfalltag selber wird kein Taggeld ausgerichtet. Das Taggeld wird pro Unfall ab dem vereinbarten Leistungsbeginn während maximal 730 Tagen ausbezahlt, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer allenfalls von SWICA geschuldeten Invaliditätsleistung. Hat eine versicherte Person das AHV-Rentalter erreicht, besteht ein Leistungsanspruch für maximal 180 Tage für alle laufenden und künftigen Versicherungsfälle zusammen. Das Taggeld wird jedoch längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr ausgerichtet. Der Anspruch erlischt in jedem Fall fünf Jahre nach dem Unfalltag.
5. An versicherte Personen unter 16 Jahren bezahlt SWICA höchstens den effektiven Erwerbsausfall.

Art. 14 Spitaltaggeld

1. Für die Dauer eines unfallbedingten, medizinisch notwendigen Spitalaufenthalts bezahlt SWICA das in der Police aufgeführte Spitaltaggeld. Die Spitaltaggeldversicherung ist eine Summenversicherung.
2. Das Spitaltaggeld wird auch für die Dauer eines ärztlich verordneten stationären Aufenthalts in einer ärztlich geleiteten schweizerischen Kuranstalt ausgerichtet.
3. Befindet sich die versicherte Person in Hauspflege, sind die ausgewiesenen Zusatzkosten für die Besorgung des Haushalts mitversichert, wenn sie durch eine Person erbracht werden, die vor dem Unfallereignis nicht in Hausgemeinschaft mit der versicherten Person gelebt hat. SWICA richtet dafür maximal die Hälfte des in der Police aufgeführten Spitaltaggelds so lange aus, wie dies aus medizinischen Gründen als notwendig erscheint.
4. Das Spitaltaggeld wird pro Unfall während maximal 365 Tagen ausbezahlt, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer allenfalls von SWICA geschuldeten Invaliditätsleistung. Ab Erreichen des ordentlichen AHV-Rentalters besteht ein Leistungsanspruch für maximal 180 Tage für alle laufenden und künftigen Versicherungsfälle zusammen. Der Anspruch erlischt in jedem Fall fünf Jahre nach dem Unfalltag.

Art. 15 Invalidität

1. SWICA bezahlt bei Vollinvalidität das in der Police aufgeführte Invaliditätskapital. Die Invaliditätskapitalversicherung ist eine Summenversicherung.
2. Als Vollinvalidität gelten der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, der gleichzeitige Verlust eines Arms oder einer Hand und eines Beins oder Fusses, gänzliche Lähmung sowie völlige Erblindung.

3. Bei Teilinvalidität sind folgende Prozentsätze der Vollinvalidität bindend:

| | |
|---|-----|
| • sehr stark schmerzhafte Funktioneinschränkung der Wirbelsäule | 50% |
| • Verlust der Sehkraft eines Auges | 30% |
| • Verlust der Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war | 70% |
| • Verlust des Gehörs auf beiden Ohren | 60% |
| • Verlust des Gehörs auf einem Ohr | 15% |
| • Verlust des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war | 45% |
| • Verlust eines Arms im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben | 70% |
| • Verlust eines Unterarms oder einer Hand | 60% |
| • Verlust eines Daumens | 20% |
| • Verlust eines Zeigefingers | 12% |
| • Verlust eines anderen Fingers | 5% |
| • Verlust eines Beins im Kniegelenk oder oberhalb desselben | 60% |
| • Verlust eines Beins im Unterschenkel | 50% |
| • Verlust eines Fusses | 40% |

Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt. Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrads durch ärztliche Feststellung aufgrund der Integritätschadensätze in Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalls wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt; er kann aber nie mehr als 100 Prozent betragen.

4. Wenn ein vorbestehendes Leiden die Unfallfolgen erschwert, berechtigt dies nicht zu einer höheren Entschädigung, als wenn der Unfall eine gesundheitlich unversehrte Person betroffen hätte. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrads der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen. Vorbehalten bleibt Abs. 3, der den Verlust von Sehkraft und Gehör betrifft. Diese Regelungen gelten auch bei unfallfremden psychischen Leiden.
5. Die Feststellung des Invaliditätsgrads erfolgt erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustands der versicherten Person.

6. Die Invaliditäts-Kapitalversicherung kann ohne Progression vereinbart werden. Wenn die Invaliditäts-Kapitalversicherung mit progressiven Versicherungssummen (Varianten A und B) vereinbart wurde, erhöht sich die Entschädigung bei einer Invalidität von mehr als 25 Prozent gemäss folgender Tabelle:

| Variante A | B | Variante A | B | | |
|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-----|-----|
| von % | auf % | von % | auf % | | |
| • 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 | 55 | • 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 |
| • 63 | 113 | 162 | | | |

7. Auf die Invaliditätsleistung hat die versicherte Person Anspruch.
8. Wenn eine Berufsumschulung notwendig wird mit Bezug auf einen Unfall, für den SWICA Leistungen erbracht hat, übernimmt SWICA die hierfür angemessenen Kosten höchstens bis zum Betrag von 10 Prozent der versicherten Invaliditätssumme.
9. Verändert sich der Invaliditätsgrad ohne Einfluss eines weiteren Ereignisses nachträglich, werden weder weitere Kapitalleistungen ausbezahlt noch zu viel bezahlte Leistungen zurückgefordert.

Art. 16 Todesfall

- SWICA bezahlt im Todesfall das auf der Police aufgeführte Todesfallkapital. Die Todesfallkapitalversicherung ist eine Summenversicherung.
- Hat der Unfall sofort oder binnen zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet erwiesenermassen den Tod der versicherten Person zur Folge, bezahlt SWICA das versicherte Todesfallkapital zu gleichen Teilen an:
 - den Ehegatten der versicherten Person; bei dessen Fehlen:
 - den eingetragenen Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare; bei dessen Fehlen:
 - die gemäss UVG rentenberechtigten Kinder; bei deren Fehlen:
 - die für dieses Kapital testamentarisch begünstigten natürlichen Personen; bei deren Fehlen:
 - die Kinder der versicherten Person, welche gemäss UVG nicht rentenberechtigt sind; bei deren Fehlen:
 - die Eltern der versicherten Person; bei deren Fehlen:
 - die Geschwister der versicherten Person.
- Ehegatten und Kinder aus einer erst nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch.
- Sind keine anspruchsberechtigten Personen gemäss Art. 16 Abs. 2 vorhanden, vergütet SWICA die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10 Prozent des Todesfallkapitals.
- Hat eine zum Bezug des Todesfallkapitals berechtigte Person den Tod des Versicherten in Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf das Todesfallkapital. Dieses wird den anderen Bezugsberechtigten ausgerichtet.
- Ein allfällig erbrachtes Invaliditätsskapital wird an das Todesfallkapital angerechnet.

Art. 17 Mitwirkung unfallfremder Ursachen

Ist die Arbeitsunfähigkeit oder die Invalidität nur teilweise auf den versicherten Unfall zurückzuführen, bezahlt SWICA nur den entsprechenden Teil der Leistungen. Dieser wird aufgrund eines ärztlichen Gutachtens bestimmt.

Art. 18 Leistungen Dritter

1. SWICA übernimmt nur denjenigen Teil der Heilungskosten, der nicht bereits:
 - von einem Versicherer gemäss KVG, UVG, VVG, der Militärversicherung, der eidgenössischen Invalidenversicherung oder einem vergleichbaren ausländischen Versicherungsträger gedeckt ist;
 - von einem haftpflichtigen Dritten erbracht wird.
2. Wenn zur Deckung der Heilungskosten mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften bestehen, bezahlt SWICA aus diesem Vertrag die Leistungen nur im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern garantierten Leistungen.
3. Erbringt SWICA anstelle eines haftpflichtigen Dritten oder anstelle eines in- oder ausländischen Sozial- oder Privatversicherers Leistungen, hat die versicherte Person ihr ihre Ansprüche im Umfang der erbrachten Leistungen abzutreten. Verweigert die versicherte Person die Abtretungserklärung, stellt SWICA die Leistungen ein.
4. Die Leistungspflicht von SWICA entfällt, wenn die versicherte Person ohne vorherige Zustimmung von SWICA einen Vergleich mit Dritten abschliesst.
5. SWICA ist nicht leistungspflichtig, wenn die versicherte Person ihre Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.
6. Die versicherte Person hat SWICA über Art und Ausmass sämtlicher Leistungen Dritter unverzüglich zu informieren.

Art. 19 Rückforderung und Verrechnung von Leistungen

1. Die versicherte Person muss unrechtmässig bezogene Leistungen zurückstatten.
2. Der Rückforderungsanspruch erlischt ein Jahr, nachdem SWICA davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückforderungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend.
3. Zugunsten von SWICA besteht ein Verrechnungsrecht. Dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten steht kein Verrechnungsrecht zu.

Art. 20 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber SWICA dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden. Abtretungen oder Verpfändungen derartiger Forderungen können gegenüber SWICA nicht durchgesetzt werden.

IV. Verhaltenspflichten

Art. 21 Unfallmeldung

1. Ein eingetretener Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht von SWICA auslöst, ist SWICA innert dreier Tage nach Kenntnisnahme zu melden.
2. Bei einem Todesfall ist SWICA so zeitig zu benachrichtigen, dass sie vor der Bestattung auf ihre Kosten eine Sektion veranlassen kann, sofern für den Tod noch andere Ursachen als der Unfall möglich sind.
3. Die Leistung kann um den Betrag gekürzt werden, um den sich die Leistung bei rechtzeitiger Anmeldung gemindert hätte, wenn die Anmeldung schuldhaft zu spät oder gar nicht erfolgt.

Art. 22 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten

1. Nach jedem Unfall ist unverzüglich ein Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor mit eidgenössischem oder entsprechendem ausländischem Diplom (Medizinalpersonen) beizuziehen, für sachgemäße Pflege zu sorgen und den Anordnungen der Medizinalpersonen oder der Nothelfer (auch einer Spitäleinweisung) Folge zu leisten.
2. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person unternimmt alles, was der Abklärung des Unfalls und von dessen Folgen dienen kann. Im Sinne der Schadenminderungspflicht unterlässt der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person alles, was mit der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit dem Bezug von Versicherungsleistungen nicht zu vereinbaren ist und den Heilungsverlauf gefährdet oder verzögert. Die Medizinalpersonen, die die versicherte Person behandeln oder behandelt haben, sind von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber SWICA zu entbinden.
3. Versicherte bzw. Anspruchsberechtigte, die Versicherungsleistungen beanspruchen, haben alle Personen und Stellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind. Namentlich sind das: Arbeitgeber, Medizinalpersonen, Versicherungen sowie Amtsstellen.
4. SWICA ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse und Berichte sowie Lohnabrechnungen, zu verlangen und in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.
5. Jede versicherte Person ist verpflichtet, sich einer Untersuchung oder Begutachtung durch von SWICA beauftragte Ärzte zu unterziehen.
6. Damit SWICA die Kosten einer im Ausland durchgeführten Heilbehandlung zurückstatten kann, benötigt sie die Originalrechnung in Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch oder Spanisch bzw. eine beglaubigte Übersetzung in einer dieser Sprachen.

Art. 23 Schadenminderungspflicht

SWICA kann die Versicherungsleistungen gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG vorübergehend oder dauernd kürzen oder verweigern, wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit versprechen, respektive nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Voraussetzung ist, dass SWICA die versicherte Person vorgängig schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mahnt und auf die Rechtsfolgen aufmerksam macht. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (ATSG Art. 21 Abs. 4).

Art. 24 Quellensteuer

1. Werden Versicherungsleistungen an den Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die versicherte Person ausgerichtet, haftet dieser für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer.
2. Wird SWICA trotzdem von der Steuerbehörde belangen, steht ihr ein Regressrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

V. Prämie

Art. 25 Prämienabrechnung

1. Sind Vorausprämien vereinbart, gibt der Versicherungsnehmer SWICA nach Erhalt des Deklarationsformulars innert Monatsfrist die notwendigen Angaben bekannt. Gestützt auf diese Angaben berechnet SWICA die endgültigen Prämienbeträge.
2. Versäumt es der Versicherungsnehmer, die Angaben fristgerecht mitzuteilen, setzt SWICA die Prämie mittels Schätzung fest. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Schätzung innert 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zu beanstanden. Ohne Beanstandung gilt die geschätzte Prämie als akzeptiert.
3. SWICA kann alle massgeblichen Unterlagen (z.B. Lohnaufzeichnungen, Belege, AHV-Abrechnungen) des Betriebs einsehen und insbesondere eine Kopie der AHV-Deklaration einverlangen, um die Angaben auf dem Deklarationsformular zu prüfen. SWICA ist auch berechtigt, direkt bei der AHV Einsicht zu nehmen.
4. Die definitive Prämie des Vorjahres gilt als neue Vorausprämie für das darauf folgende Versicherungsjahr.

Art. 26 Prämienzahlung

1. Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus am Verfalltag zur Zahlung fällig. Bei Ratenzahlung bleibt die ganze Jahresprämie geschuldet. Ist nichts anderes vereinbart, gilt der 1. Januar als Hauptprämienverfall und das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
2. Wird die Prämie nicht termingerecht entrichtet, fordert SWICA den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zur Zahlung innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, auf. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht von SWICA (Deckungsunterbruch) für laufende Leistungsfälle vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Zahlung der Prämien samt Zinsen und Kosten. Für neue Leistungsfälle, die während des Deckungsunterbruchs entstehen, besteht auch bei vollständiger Bezahlung der rückständigen Prämie keine Leistungspflicht.
3. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahrs aufgehoben, erstattet SWICA die bezahlte Prämie zurück, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt. Raten, die später fällig werden, fordert SWICA nicht mehr ein. Die Bestimmungen über die Prämienabrechnung gemäss Art. 25 bleiben vorbehalten.
4. Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode bleibt jedoch ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Leistungsfall innert eines Jahres nach Vertragsabschluss kündigt.

Art. 27 Prämienanpassung

1. SWICA kann die Prämiensätze auf Ende des Versicherungsjahres an die Leistungsentwicklung anpassen.
2. Ändert sich der Prämientarif, kann SWICA die Anpassung des Vertrags vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen.
3. SWICA teilt die neuen Prämiensätze und Prämien dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres mit.
4. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den gesamten Vertrag oder lediglich die Leistungsart, deren Prämienatz oder Prämie erhöht wurde, auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. In diesem Fall erlischt der gesamte Vertrag oder Teile davon mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss spätestens am letzten Arbeitstag (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend) des Versicherungsjahres in schriftlicher Form oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bei SWICA eintreffen.
5. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrags.

Art. 28 Gefahrenerhöhung und -verminderung

1. Ändert sich während der Vertragsdauer eine für die Beurteilung der Gefahr erhebliche Tatsache (insbesondere Art des versicherten Betriebs bzw. Berufs, Tätigkeit der versicherten Personen), hat der Versicherungsnehmer SWICA unverzüglich zu informieren.
2. Bei Gefahrenerhöhung kann SWICA die Prämie auf den Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung anpassen oder den Vertrag innert vier Wochen nach Erhalt der Mitteilung mit einer Frist von vier Wochen schriftlich kündigen. Bei einer Prämienerhöhung hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag innert vier Wochen nach Erhalt der Mitteilung mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu kündigen. In beiden Fällen hat SWICA Anspruch auf die tarifgemäße Prämienerhöhung vom Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung an bis zum Erlöschen des Vertrags.
3. Bei Gefahrenverminderung reduziert SWICA von der schriftlichen Mitteilung des Versicherungsnehmers an die Prämie entsprechend.

VI. Überschussbeteiligung

Art. 29 Grundsatz

1. Der Versicherungsnehmer erhält einen Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Vertrag, sofern dies in der Police so vorgesehen ist. Der Anspruch auf Überschuss entsteht jeweils nach drei vollen aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren mit Überschussberechtigung.
2. Ändert sich der für den Überschuss maßgebende Anteil innert der Abrechnungsperiode, wird anteilmäßig gewichtet.
3. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

Art. 30 Abrechnung

1. Von dem in der Police festgelegten Anteil der bezahlten Prämien wird der Aufwand für die erbrachten Leistungen abgezogen. Ergibt sich ein Überschuss, erhält der Versicherungsnehmer den vereinbarten Anteil. Ein Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode übertragen.
2. Sind am Ende einer Abrechnungsperiode Leistungsfälle nicht abgeschlossen, wird die Abrechnung zurückgestellt, bis diese abgeschlossen sind bzw. bis eine Leistung definitiv festgesetzt ist.
3. Die Abrechnung wird jeweils bis spätestens sechs Monate nach Ablauf der Abrechnungsperiode erstellt, sofern die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die Leistungsfälle abgeschlossen sind.
4. Werden nach erfolgter Abrechnung Unfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, erstellt SWICA eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung. SWICA kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

VII. Datenbearbeitung

Art. 31 Datenbearbeitung durch SWICA

1. SWICA beschafft und verwendet personenbezogene Daten der Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Personen in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzgesetz und dessen Verordnungen, den geltenden Sozial- und Privatversicherungsgesetzen und gemäss den Datenschutzbestimmungen von SWICA (SWICA Datenschutzerklärung).
2. Bearbeitet werden insbesondere Stamm- und Vertragsdaten (wie z.B. Vorname, Name, Anschrift, Postleitzahl, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer [Mobile und Festnetz], Bankverbindungen, Zivilstand, Anzahl Kinder, Daten von Bevollmächtigten, finanzielle Angaben über das Einkommen), Gesundheitsdaten (Diagnose, Symptome, Medikationen, durchgeführte Operationen, usw.), Daten über Behandlungen und den Behandlungsweg, Leistungskosten, Daten über den persönlichen und sozialen Lebensbereich oder auch Persönlichkeitsprofile, Daten von anderen Versicherern, Daten von Leistungserbringern, Daten über schuldbetreibungs- und konkursrechtliche Angelegenheiten.
3. Die Daten werden zu den Zwecken bearbeitet, zu denen der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsabschlusses ihre Einwilligung erteilt haben, zu den Zwecken gemäss den geltenden AVB und ZB oder zu denjenigen, zu denen SWICA gemäss dem geltenden Datenschutzgesetz und den geltenden Sozial- und Privatversicherungsgesetzen ermächtigt ist.
4. Insbesondere bearbeitet SWICA Daten im Rahmen der Antragstellung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages (Beratungsgespräch, Versicherungsantrag, Antragsprüfung, Vertragsabschluss usw.) und zur Versicherungsvertragsabwicklung (Leistungsabwicklung, Informationsvermittlung, Kundenbetreuung, Customer Journey, Integrierte Versorgung, Unterbreitung von Produktangeboten, Marketing usw.) während der Dauer des Versicherungsverhältnisses. Weiter wird SWICA die Daten mit mathematischen Methoden zu statistischen Zwecken auswerten, um aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse die Qualität und den Nutzen ihrer Dienstleistungen und Produkte für bestehende, ehemalige und potenzielle Versicherungsnehmer bzw. versicherte Personen weiterzuentwickeln und zu verbessern und Versicherungsnehmer bzw. versicherte Personen darüber informieren zu können. Ferner behält sich SWICA vor, in begründeten Verdachtsfällen, Abklärungen zu möglichem Versicherungsmissbrauch durchzuführen. Im Zusammenhang mit diesen Bearbeitungsvorgängen können Persönlichkeitsprofile erstellt werden.

5. Die personenbezogenen Daten speichert SWICA elektronisch oder in Papierform und bearbeitet sie, um die Vertragsleistungen erbringen und um die Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz beraten und betreuen zu können.
6. SWICA kann Dritte (andere beteiligte Versicherer, Vertrauensärzte, Behörden, Anwälte und externe Sachverständige, Rechenzentren usw.) beauftragen, Dienstleistungen zugunsten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen zu erbringen und an die Dritten personenbezogene Daten für die Aufgabenerfüllung weiterleiten. SWICA verpflichtet die Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung sowie zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes. Eine Datenweitergabe kann auch zum Zweck der Aufdeckung oder Verhinderung eines Versicherungsmisbrauchs erfolgen.
7. Zur Abklärung, ob die Leistungspflicht aus den Bereichen der Krankentaggeldversicherung oder der Unfallversicherung besteht, können die Daten innerhalb von SWICA ausgetauscht werden.
8. Weitere Informationen zur Bearbeitung von Daten finden sich in der Datenschutzerklärung von SWICA. Die Datenschutzerklärung findet während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zwischen SWICA und dem Versicherungsnehmer bzw. den versicherten Personen Anwendung. Die Datenschutzerklärung gibt insbesondere weiterführende Auskunft über die bearbeiteten Datenkategorien, die Datenbearbeitungsvorgänge, deren Zwecke sowie die entsprechenden Grundlagen der Datenbearbeitung wie auch hinsichtlich der Rechte der Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Personen in Bezug auf die Datenbearbeitung durch SWICA sowie die Dauer der Datenbearbeitung und der Aufbewahrungsfristen der Daten.

VIII. Schlussbestimmungen

Art. 32 Mitteilungen an SWICA

1. Alle Mitteilungen und Meldungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen sind an SWICA Versicherungen AG gemäss Kontaktangaben auf der Versicherungspolice oder an die in der Versicherungspolice aufgeführte Betreuungsstelle zu richten.
2. Sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen muss der Versicherungsnehmer oder die betroffene versicherte Person SWICA umgehend schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mitteilen.
3. Die Mitteilungen und Meldungen seitens SWICA an den Versicherungsnehmer oder die betroffene versicherte Person erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder den angegebenen elektronischen Kontakt.

Art. 33 Auslegung

Die Originalfassung dieser AVB ist die deutsche Version. Die französische, italienische und englische Fassung sind Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsdifferenzen ist der deutsche Text massgebend.

Art. 34 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

1. Diese Versicherung untersteht ausschliesslich dem materiellen schweizerischen Recht unter Ausschluss des Wiener Kaufrechts, des Internationalen Privatrechts und anderer Kollisionsnormen.
2. Als Gerichtsstand stehen dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person wahlweise der ordentliche Gerichtsstand und sein bzw. ihr schweizerischer oder liechtensteinischer Wohnsitz zur Verfügung.

Kollektiv-Unfallversicherung für Schüler

Ergänzende Versicherungsbedingungen

Für die Kollektiv-Unfallversicherung für Schüler gelten die nachstehenden ergänzenden Versicherungsbedingungen. Soweit sie nichts Abweichendes enthalten, sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche massgebend.

Art. 1 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Schüler.

Art. 2 Versicherte Unfälle

1. Während der Schule

Versichert sind Unfälle, die die versicherte Person im Zusammenhang mit der Schule erleidet,

- a) während der Unterrichtsstunden und der dazwischenliegenden Pausen;
- b) während Veranstaltungen gemäss nachfolgendem Absatz 2;
- c) auf dem direkten Weg zur und von der Schule;
- d) bei Veranstaltungen und Tätigkeiten ausserhalb der Schulgrundstücke auf dem direkten Weg zum Besammlungsort oder zum Ort der Tätigkeit und zurück.

2. Während Veranstaltungen

Die Versicherung gilt für Schulreisen, Abschlussreisen, Klassenlager sowie für Veranstaltungen und Begegnungen, sofern diese

- a) ohne Unterbruch nicht länger als 15 Tage dauern;
- b) von der Schule organisiert werden;
- c) unter Leitung von Lehrern, Lehrerinnen oder anderen von der Schule beauftragten Aufsichtspersonen stattfinden.

3. Umzüge und Aufführungen (inkl. Proben)

Bei der Teilnahme an Umzügen und Aufführungen im Rahmen von Festen gilt die Versicherung nur, sofern die Schule offiziell daran beteiligt ist.

4. Nur unter bestimmten Bedingungen sind versichert:

a) Musikunterricht

Die Versicherung gilt nur, sofern der Unterricht im Auftrag der Schule und im Schulgebäude oder in einem anderen von der Schule zugewiesenen Lokal stattfindet.

b) Kinder- und Jugendhort

Beim Aufenthalt in einem von der Schule organisierten und geleiteten Kinder- oder Jugendhort gilt die Versicherung nur ausserhalb der Schulferien.

c) Aufenthalt auf dem Schulgrundstück in der Freizeit

Die Versicherung gilt nur, sofern der Aufenthalt nachweislich zur Besorgung von Schulangelegenheiten erforderlich ist.

Art. 3 Nicht versicherte Unfälle

Nicht versichert sind Unfälle

- die in keinem Zusammenhang mit der Schule stehen;
- bei Veranstaltungen, Kursen und Übungen von Schülervereinen, Kadetten-, Pfadfinder- und anderen Jugend- bzw. Freizeitororganisationen;
- in dem von der versicherten Person bewohnten Haus und dessen Umgelände;
- bei der Absolvierung eines Praktikums oder einer Schnupperlehre in Fabriken, gewerblichen oder kaufmännischen Betrieben.

Kollektiv-Unfallversicherung für Besucher

Ergänzende Versicherungsbedingungen

Für die Kollektiv-Unfallversicherung für Besucher gelten die nachstehenden ergänzenden Versicherungsbedingungen. Soweit sie nichts Abweichendes enthalten, sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung für nicht UVG-unterstellte Bereiche massgebend.

Art. 1 Versicherte Personen und örtliche Geltung

1. Versichert sind Kunden und Besucher des auf der Police aufgeführten Versicherungsnehmers, während sie sich auf dessen Areal (nachstehend Betriebsgelände) aufhalten. Ausserhalb dieses Areals sind sie nur versichert, solange sie sich in offizieller Begleitung des Versicherungsnehmers befinden.
2. Für Unfälle, die in direktem Zusammenhang mit Überfällen und Einbrüchen auf dem Betriebsgelände stehen, gilt folgende Regelung:
 - Kunden und Besucher sind so lange versichert, als sie sich als Geisel in Gefangenschaft befinden.
 - Während der unmittelbar anschliessenden Verfolgung der Täterschaft sind diejenigen Personen versichert, die sich im unmittelbar angrenzenden Areal des Betriebsgeländes befinden.
3. Nicht versichert sind:
 - Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers;
 - betriebsfremde Personen im Auftrag des Versicherungsnehmers oder in Ausübung einer dienstlichen Verrichtung (Handwerker usw.);
 - die Polizei und sonstige Sicherheitsorgane während ihrer dienstlichen Arbeit;
 - stationäre Patienten in Spitälern und ähnlichen Anstalten.
4. Unfälle in betriebseigenen Sportanlagen jeder Art sind nur dann versichert, wenn eine besondere Vereinbarung vorliegt.

Art. 2 Nicht versicherte Unfälle

Nicht versichert sind Unfälle, die sich bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit des Versicherungsnehmers und seiner Angestellten durch den körperlichen Kontakt mit den Kunden und Besuchern ergeben.

Art. 3 Versicherung für Heilungskosten

In Ergänzung zu Artikel 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen richtet SWICA ergänzende Leistungen aus, wenn die Unfallversicherung des Betroffenen nicht ausreicht. Sie übernimmt die gesamten Heilungskosten, wenn keine anderweitige Versicherung vorhanden ist. Sofern bei einem Unfall nicht klar ist, ob eine Versicherung besteht (z.B. ausländische Besucher), leistet SWICA vollumfänglich und sofort (Kostengutsprache) im Ausmass des ihr eingeräumten Regressrechts auf eine eventuell doch bestehende anderweitige Unfallversicherung.

Art. 4 Höchstkapitalleistung

Die Kapitalleistungen der SWICA für Todes- und Invaliditätsfälle zusammen sind auf 10000000 Franken pro versichertes Ereignis begrenzt. Alle Unfälle aus derselben Ursache gelten – ungeachtet der Zahl der betroffenen Personen – als ein Ereignis. Die einzelnen Leistungen werden verhältnisgleich herabgesetzt, falls dieser Betrag überschritten wird.

Art. 5 Sachschäden

Pro Unfall bezahlt SWICA die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) der anlässlich eines versicherten Unfalls beschädigten bzw. zerstörten mitgeführten oder getragenen Sachen bis höchstens 10000 Franken.