

Unfallversicherung gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG)

Ausgabe 01.01.2017

Praktische und rechtliche Informationen

Die nachfolgende Kundeninformation gibt über die Identität des Versicherers Auskunft und bietet einen Überblick über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags.

Welche gesetzlichen Grundlagen gelten?

Als gesetzliche Grundlagen der Versicherung dienen:

- Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) und die sich darauf beziehenden Verordnungen (UVV, VUV, usw.)
- Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und die dazu gehörende Verordnung (ATSV)

Wer ist der Versicherer?

Vertragspartner ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend Versicherer) mit Sitz an der Rue des Cèdres 5, Postfach, CH-1919 Martigny.

Wer ist der Versicherungsnehmer?

Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber oder die selbstständig erwerbstätige Person, der/die den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

Wer sind die versicherten Personen?

Obligatorische Versicherung

Obligatorisch versichert sind alle Arbeitnehmer, einschliesslich der Heimarbeiter, Praktikanten, Volontäre und Lehrlinge.

Freiwillige Versicherung

Freiwillig versichert sind die Selbstständigerwerbenden sowie ihre nicht obligatorisch versicherten Familienmitglieder.

Umfang der Versicherungsdeckung

Welche Unfälle sind versichert?

Die Versicherungsleistungen werden für Berufs- und Nichtberufsunfälle gewährt.

Arbeitnehmer, die Vollzeit oder mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber tätig sind, sind gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Arbeitnehmer, deren Arbeitszeit bei keinem Arbeitgeber acht Stunden pro Woche beträgt, sind nur gegen Berufsunfälle versichert.

Wann beginnt, endet oder ruht die Versicherungsdeckung?

Obligatorische Versicherung

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis gemäss Arbeitsvertrag beginnt oder Anspruch auf Lohn entsteht.

Sie endet mit dem Ablauf des 31. Tages nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört.

Freiwillige Versicherung

Der Beginn der Versicherung ist in der Police festgehalten.

Die Versicherung gilt nach Ende der Erwerbstätigkeit noch drei Monate.

Wie kann die Versicherung verlängert werden?

Mit der Abredeversicherung wird die Versicherungsdeckung von Nichtberufsunfällen über die gesetzlich vorgegebene Frist hinaus um höchstens 6 Monate verlängert. Die Vereinbarung muss vor dem Ende des Versicherungsschutzes getroffen werden. Die Prämie ist von der Person geschuldet, welche die Versicherung abschliesst.

Versicherungsleistungen

Welche Pflegeleistungen werden übernommen und welche Kosten vergütet?

Sachleistungen:

- medizinische Behandlung (Kosten für eine notwendige medizinische Behandlung im Ausland werden höchstens bis zum doppelten Betrag der Kosten vergütet, die bei der gleichen Behandlung in der Schweiz entstanden wären)
- Hilfsmittel

Geldleistungen:

- Taggeld von 80% des versicherten Verdienstes ab dem 3. Tag nach dem Unfalltag
- Invalidenrente von 80% des versicherten Verdienstes bei Vollinvalidität
- Hinterlassenenrente von 40% des versicherten Verdienstes für Witwen/Witwer, 15% für Halbwaisen, 25% für Vollwaisen (zusammen dürfen die Leistungen höchstens 70% betragen)

Welches ist der versicherte Verdienst?

Obligatorische Versicherung

Die Berechnung der Tagelder und Renten beruht auf dem versicherten Verdienst. Der versicherte Verdienst entspricht dem AHV-Lohn und beläuft sich auf höchstens CHF 148'200.– pro Jahr.

Freiwillige Versicherung

Für die freiwillige Versicherung muss der versicherte Verdienst für den Arbeitgeber und den Selbstständigerwerbenden zwischen CHF 66'690.– und höchstens CHF 148'200.– und für die Familienmitglieder zwischen CHF 44'460.– und höchstens CHF 148'200.– liegen.

Kürzungen und Verweigerung von Leistungen

Wann kann der Versicherer seine Leistungen verweigern?

Wenn der Versicherte die Gesundheitsschädigung oder den Tod absichtlich verursacht hat, wird keine Versicherungsleistung erbracht, ausser der Entschädigung für Bestattungskosten.

Wenn der Versicherte an kriegerischen Handlungen, Terrorakten oder bandenmässigen Verbrechen teilgenommen hat, wird keine Versicherungsleistung erbracht.

Wann kann der Versicherer seine Leistungen kürzen?

Wenn der Versicherte den Unfall durch Grobfahrlässigkeit herbeigeführt hat oder sich aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen aussetzt, sind gemäss Gesetz Kürzungen möglich.

Prämien

Wer ist verpflichtet, die Prämien zu zahlen?

- Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
- Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten trägt der Arbeitgeber. Die Prämien für die obligatorische Versicherung für Nichtberufsunfälle gehen zulasten des Arbeitnehmers.

Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten

Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht:

- dem Versicherer jedes versicherte Ereignis, das Anspruch auf Leistungen geben könnte, unverzüglich zu melden
- dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Klärung des Unfallsachverhaltes benötigt werden
- die Prämien zu zahlen
- die versicherten Arbeitnehmer, die das Unternehmen verlassen, über die notwendigen Massnahmen zu informieren
- die Löhne zu deklarieren
- den Versicherer über jede wesentliche Gefahrserhöhung zu informieren

Die detaillierten Pflichten des Versicherungsnehmers sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und im entsprechenden Gesetz geregelt.

Welche Pflichten hat die versicherte Person?

Die versicherte Person hat/die Berechtigten haben die Pflicht:

- dem Arbeitgeber oder Versicherer den Schadenfall sofort zu melden
- dem Versicherer/Arbeitgeber alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- das ärztliche Personal, das sie konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers zu befreien
- mit dem Versicherer und vom ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) zusammenzuarbeiten
- spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung zu stellen
- sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln zu lassen oder sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen zu beteiligen

Die detaillierten Pflichten des Versicherungsnehmers sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und im entsprechenden Gesetz geregelt.

Wichtige Informationen

Wie werden die persönlichen Daten bearbeitet?

Der Versicherer behandelt die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen, unter anderem Vertrags-, Inkasso- und Schadendaten, mit der notwendigen Vertraulichkeit. Diese Daten werden auf Papier oder in elektronischer Form aufbewahrt und durch technische und organisatorische Massnahmen gegen unbefugte Einsicht geschützt. Deren Weitergabe an Dritte ist nur in den in diesem Dokument aufgeführten oder den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmefällen oder mit der Zustimmung der betreffenden Partei zulässig. Zweck der Datenbearbeitung ist insbesondere die Risikoprüfung, die Vertragsverwaltung, die Prämienberechnung sowie die Schadenbearbeitung. Der Versicherungsnehmer ermächtigt die Groupe Mutuel, Gesellschaften, die ihr angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, sowie eventuelle bevollmächtigte Beauftragte, die nötigen Daten im Zusammenhang mit seinen Versicherungsverträgen zu bearbeiten. Sie ergreifen dabei alle notwendigen Massnahmen, um die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes einzuhalten.

Falls der Versicherungsnehmer für die Verwaltung des vorliegenden Vertrags einen Makler beauftragt hat, ist er verpflichtet, die versicherten Angestellten darüber zu informieren, und sicherzustellen, dass der Makler die geltende Gesetzgebung einhält, insbesondere die Bestimmungen des Gesetzes über den Datenschutz.

Es wird jederzeit Akteneinsicht gemäss dem Bundesgesetz über den Datenschutz gewährt.

Wo gibt es detaillierte Informationen?

Detaillierte Informationen sind bei Ihrem Versicherer oder direkt auf der Website www.groupemutuel.ch erhältlich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) der Unfallversicherung nach UVG

LAAGA02-A3 – Ausgabe 01.01.2017

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1 Anwendbares Recht
- Art. 2 Annahme des Vertrags, Berichtigungsrecht
- Art. 3 Einreihung und Einsprache

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4 Versicherungspolice

C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 5 Beginn und Ende des Vertrags

D. Prämien

- Art. 6 Prämienzahlungspflicht
- Art. 7 Erhebung der Prämie
- Art. 8 Freiwillige Versicherung
- Art. 9 Anpassung der Prämienätze

E. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 10 Pflichten des Versicherungsnehmers
- Art. 11 Pflichten des Versicherten/der Berechtigten
- Art. 12 Maklerklausel
- Art. 13 Mitteilungen

A. Allgemeines

Art. 1 Anwendbares Recht

1. Soweit es das Gesetz nicht anders bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufs- und Nichtberufsunfällen gewährt. Berufskrankheiten sind den Berufsunfällen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) gleichgestellt.
2. Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:
 - a. den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
 - b. den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers
 - c. dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und der entsprechenden Verordnung (UVV, VUV, usw.)
 - d. dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet
 - e. dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie der entsprechenden Verordnung (ATSV)

Art. 2 Annahme des Vertrags, Berichtigungsrecht

Stimmt der Inhalt des Vertrags mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer die Berichtigung innert vier Wochen nach Erhalt der Urkunde zu verlangen. Nach dieser Frist gilt der Inhalt als angenommen.

Art. 3 Einreihung und Einsprache

Der Vertrag stellt bezüglich der Einreihung in den Prämientarif eine Verfügung im Sinn von Artikel 49 ATSG dar. Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 30 Tagen gegen diese

Verfügung beim Versicherer schriftlich oder durch persönliche Vorsprache mündlich Einsprache erheben. Sie ist zu begründen. Die mündliche Einsprache muss vom Versicherer in einem Protokoll festgehalten und vom Einsprecher unterzeichnet werden. Das Einspracheverfahren ist kostenlos und gibt kein Anrecht auf Entschädigung.

B. Umfang der Versicherung

Art. 4 Versicherungspolice

Die Versicherungsdeckung, insbesondere die versicherten Personen und allfällige besondere Bedingungen sind in der Versicherungspolice aufgeführt.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 5 Beginn und Ende des Vertrags

1. Beginn des Vertrags
Das Inkrafttreten des Vertrags ist in der Police festgehalten. Der Vertrag wird für drei oder fünf Jahre abgeschlossen.
2. Ende des Vertrags
Bei Ablauf des Vertrags verlängert sich dieser jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens am 30. September gekündigt wird.
Die freiwillige Versicherung endet für den einzelnen Versicherten:
 - a. mit der Aufhebung des Vertrags
 - b. mit seiner Unterstellung unter die obligatorische Versicherung
 - c. mit seinem Ausschluss bei Nichtbezahlen der Prämien oder falscher Aussage
 - d. drei Monate nach Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit oder seiner Mitarbeit als nicht obligatorisch versichertes Familienmitglied

D. Prämien

Art. 6 Prämienzahlungspflicht

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Die Prämien der obligatorischen Versicherung für Berufsunfälle und -krankheiten trägt der Arbeitgeber.
Die Prämien der obligatorischen Versicherung für Nichtberufsunfälle gehen zulasten des Arbeitnehmers. Abweichende Vereinbarungen zugunsten des Arbeitnehmers bleiben vorbehalten.

Art. 7 Erhebung der Prämie

1. Prämienanzahlung
Die Prämien für jedes Kalenderjahr sind im Voraus zahlbar. Gegen einen Zuschlag gemäss UVV kann der Versicherungsnehmer die Prämien in halbjährlichen oder vierteljährlichen Raten zahlen. Die Zahlungsfrist für Prämien beträgt einen Monat nach Fälligkeit. Nach Ablauf dieser Frist und gemäss den in der UVV vorgesehenen Bestimmungen erhebt der Versicherer pro Monat 0,5% Verzugszins.
2. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann die provisorische Prämie vom Versicherer angepasst werden.
3. Definitive Prämienabrechnung
 - a. Am Ende des Kalenderjahres erfolgt die Prämienabrechnung aufgrund des AHV-Lohns, soweit er den Höchstbetrag des versicherbaren Verdienstes nicht übersteigt. Weitere Einzelheiten sind dem Lohndeklarationsformular zu entnehmen. Der Versicherungsnehmer muss die Lohnsummendeklaration über die im vergangenen Kalenderjahr ausbezahlten Löhne innert Monatsfrist ausfüllen.
 - b. Wenn die Lohnsummendeklaration nicht innert dieser Frist vorliegt, wird der Versicherungsnehmer vom Versicherer gemahnt. Bleibt die Aufforderung wirkungslos, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht.
4. Pauschalprämie
Sofern eine Pauschalprämie vereinbart wurde, verzichtet der Versicherer auf eine jährliche Prämienabrechnung aufgrund des effektiven Lohns.
Übersteigt die Jahreslohnsumme der obligatorisch Versicherten Fr. 10'000.–, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer mitzuteilen und die Prämienendifferenz gemäss Tarif zu entrichten, gegebenenfalls rückwirkend für höchstens fünf Jahre.

Art. 8 Freiwillige Versicherung

Innerhalb der vom UVG vorgesehenen Grenzen wird der Betrag des versicherten Verdienstes zwischen Versicherer und Versichertem bei Vertragsabschluss vereinbart und kann jeweils zu Beginn eines Kalenderjahres geändert werden. Die Geldleistungen werden aufgrund des tatsächlichen Lohnausfalls berechnet.

Art. 9 Anpassung der Prämiensätze

1. Ändert der Prämientarif oder die Einreihung des Betriebs in die Gefahrenklassen und -stufen, schlägt der Versicherer vor, den Vertrag ab Beginn des nächsten Kalenderjahres anzupassen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer spätestens zwei Monate vor der Vertragsänderung zu informieren.

2. Bei einem Anstieg des Nettoprämienatzes oder des Prämienzuschlags für Verwaltungskosten (in Prozent) kann der Versicherungsnehmer den Vertrag mit einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Benachrichtigung durch den Versicherer auflösen. Diese Bestimmungen gelten nicht für Änderungen von anderen Prämienzuschlägen.

E. Verschiedene Bestimmungen

Art. 10 Pflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:

- dem Versicherer jedes versicherte Ereignis, das Anspruch auf Leistungen geben könnte, unverzüglich zu melden
- dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Klärung des Unfallsachverhaltes benötigt werden
- die Prämien zu zahlen
- die versicherten Arbeitnehmer, die das Unternehmen verlassen, über die notwendigen Massnahmen zu informieren
- die Löhne zu deklarieren
- den Versicherer über jede wesentliche Gefahrserhöhung zu informieren

Art. 11 Pflichten des Versicherten/der Berechtigten

Die versicherte Person hat/die Berechtigten haben die Pflicht:

- dem Arbeitgeber/Versicherer den Schadenfall unverzüglich zu melden
- dem Arbeitgeber/Versicherer alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- das ärztliche Personal, das von der versicherten Person konsultiert wurde, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers zu befreien
- mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) zusammenzuarbeiten
- spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen
- sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln zu lassen oder sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen zu beteiligen

Art. 12 Maklerklausel

Beauftragt der Versicherungsnehmer einen Makler, laufen die Geschäftsbeziehungen mit dem Versicherer über ihn. Der Makler leitet alle Meldungen, Anfragen und Antworten von einer Partei zur anderen, Zahlungen ausgenommen. Sobald diese Daten beim Makler eintreffen, gelten sie als beim Versicherungsnehmer eingegangen.

Art. 13 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.