



ZURICH

Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 1.1 für die Versicherung der Kosten für ärztliche Behandlung zur Einzel-Unfall- und Krankenversicherung

Ausgabe 01/2006

1. Versicherungsträger

Leistungspflichtig aus der Versicherung der Kosten für ärztliche Behandlung ist die «Zürich» Versicherungsgesellschaft in Zürich, nachstehend Zürich genannt.

2. Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Vertrages gelten als:

a)

Spital:

die nachstehend genannten, ärztlich geleiteten oder überwachten Institute: Krankenhäuser, Kliniken für Geburtshilfe, psychiatrische Kliniken, Heilanstalten für Tuberkulose;

b)

Kuranstalt:

- ärztlich geleitete Anstalten für Erholungskuren, für Entziehungskuren wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauches sowie Rehabilitationszentren,
- ärztlich überwachte Anstalten für Bade-, Klima- und Trinkkuren sowie für physikalische Therapie;

c)

Krankenkasse:

eine vom Schweizerischen Bundesrat – bzw. für Personen mit Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein eine von der Regierung des Fürstentums Liechtenstein – anerkannte Krankenkasse;

d)

obligatorische Unfallversicherung:

die Unfallversicherung im Umfang jener Leistungen, wie sie im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 umschrieben sind; ferner die entspre-

chenden Unfallversicherungen im Fürstentum Liechtenstein.

3.

Einschränkungen des Deckungsumfanges

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Eingriffe zur Behebung oder Verbesserung physischer Mängel und Verunstaltungen, soweit sie nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig geworden sind;
- Abmagerungskuren und andere der Gewichtsreduktion dienende Massnahmen, es sei denn, neben dem Übergewicht liege ein anderes, damit in Zusammenhang stehendes Leiden vor.

4.

Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

Stehen dem Versicherten auch Leistungen von Sozialversicherern (z.B. der eidgenössischen Alters-, Invaliden-, Unfall-, Kranken- oder Militärversicherung), aus der (obligatorischen oder überobligatorischen) beruflichen Vorsorge oder eines haftpflichtigen Dritten zu, ergänzt die Zürich diese Leistungen bis zu den gemäss dem vorliegenden Vertrag versicherten Leistungen. Die vorstehende Bestimmung ist auch auf entsprechende Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein und im übrigen Ausland anwendbar. Nicht anwendbar ist diese Bestimmung auf die Leistung Spitaltaggeld.

Bestehen für die Spitalkosten und die Kosten für ambulante Behandlung mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, werden die

versicherten Kosten aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen vergütet. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch die bei einer konzessionierten Gesellschaft allenfalls bestehende Versicherung gemäss Ziff. 2, lit. d zuvor.

5.

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz jedoch nur für Reisen und Aufenthalte bis zu 12 Monaten. Sie erlischt für den betreffenden Versicherten, nachdem sein gewöhnlicher Aufenthaltsort seit 12 Monaten im Ausland bestanden hat, sofern nicht eine besondere Vereinbarung getroffen wurde. Für zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossene Unfälle bleibt der Anspruch auf die versicherten Leistungen bis zum Abschluss der ärztlichen Behandlung, längstens jedoch für ein Jahr ab Erlöschen der Deckung, bestehen. Nach der Rückkehr in die Schweiz kann die Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, wenn der Versicherte den Nachweis guter Gesundheit erbringt.

Für in der Schweiz verunfallte Versicherte, die sich im Ausland behandeln lassen, werden Leistungen nur erbracht, wenn vorgängig ein vom behandelnden Arzt begründetes Gesuch des Versicherten um Übernahme solcher Kosten der Zürich eingereicht wurde und diese ihre Zustimmung dazu gegeben hat.

Für Kuren im Ausland ist die vorgängige Zustimmung der Zürich stets erforderlich, ansonsten besteht keine Leistungspflicht. Diese Zustimmung

kann nur erteilt werden, wenn keine gleichwertige inländische Kurmöglichkeit vorhanden ist.

6. Versicherung von neugeborenen Kindern

Ein Neugeborenes kann ohne Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand und rückwirkend auf den Tag der Geburt für Spalkosten, Spalttaggeld sowie Kosten für ambulante Behandlung versichert werden, wenn andere Familienmitglieder für gleichartige Leistungen bei der Zürich versichert sind und das Neugeborene innerhalb eines Monats nach der Geburt angemeldet wird. Mit Bezug auf das Spalttaggeld ist die Zürich jedoch nicht verpflichtet, mehr als die Hälfte der für den Vater oder die Mutter gedeckten Leistungen zu versichern.

Die Zürich vergütet aus der Spalkostenversicherung der Mutter die üblichen Kosten für den Spaltaufenthalt Neugeborener, solange Mutter und Kind zusammen im Spital weilen.

7. Kostengutsprache

Auf Antrag des Versicherungsnehmers gewährt die Zürich bei Eintritt des Versicherten in ein Spital oder in eine Kuranstalt im Rahmen der versicherten Leistungen (Ziff. 9 und 10) eine Kostengutsprache.

8. Hauspflege

Nachfolgende Leistungen werden als Schadensversicherung versichert:

Die Zürich vergütet im Rahmen der Versicherung für Spalkosten und Spalttaggeld (Ziff. 9 und 10) die für Hauspflege durch diplomiertes Krankenpflegepersonal entstehenden Kosten. Diese werden längstens für 200 Tage pro Unfall vergütet; aus der Versicherung des Spalttaggeldes pro Tag jedoch höchstens die Hälfte des versicherten Spalttaggeldes. Voraussetzung für die Leistung ist, dass nach ärztlicher Ansicht eine Spitalbehand-

lung im Sinne der Ziff. 9 und 10 notwendig wäre, die Hospitalisation aber nicht möglich oder ein Spaltaufenthalt nachweisbar gekürzt oder vermieden worden ist.

Im Rahmen der Versicherung der Kosten für ambulante Behandlung besteht Versicherungsschutz gemäss Ziff. 11, lit. b 8.

Dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichgestellt sind Krankenpfleger(innen), die durch Krankenpflegevereine und Heimpflegeorganisationen zur Verfügung gestellt werden.

9. Spalkosten

Nachfolgende Leistungen werden als Schadensversicherung versichert:

a) Wenn die Spalkosten versichert sind, vergütet die Zürich im Rahmen der nachstehenden Bestimmungen die Auslagen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung in einem Spital (Ziff. 2, lit. a) oder in einer Kuranstalt (Ziff. 2, lit. b) ohne betragliche Begrenzung. Vorbehalten bleiben die in diesen Zusatzbedingungen besonders geregelten Ausnahmen.

b) Voraussetzung für die Leistungspflicht der Zürich ist ein medizinisch notwendiger Aufenthalt von wenigstens 24 Stunden Dauer. Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn er zum Zweck der ärztlichen Behandlung im Hinblick auf eine Besserung oder Verhinderung einer ungünstigen Weiterentwicklung der Gesundheitsschädigung erfolgt.

Leistungen für Aufenthalte in Kuranstalten (Ziff. 2, lit. b) sind nur versichert, wenn die Kur ärztlich verordnet wurde und der Versicherte vor deren Antritt in ärztlicher Behandlung stand. Bei Bade- und Diätkuren ist ausserdem Bedingung, dass die Kur unter ärztlicher Betreuung durchgeführt wird. Erholungsaufenthalte sind nur gedeckt, wenn sie in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt durchgeführt werden.

c) Keinen Anspruch auf Leistungen geben vorbeugende Spaltaufenthalte oder Kuren, andere als die in lit. b zuvor genannten Ruhe-, Erholungs- und Nachkuren sowie die Unterbringung Betagter, Gebrechlicher und Invalider zur blossen Pflege oder Überwachung, es sei denn, dass Spitalbedürftigkeit als Folge eines versicherten Ereignisses nachgewiesen und dauernde ärztliche Behandlung nötig ist.

d) Die Zürich vergütet die Spalkosten für Aufenthalte in:

- **Spitälern** (Ziff. 2, lit. a): während unbegrenzter Dauer;
- **Kuranstalten** (Ziff. 2, lit. b): längstens während 30 Tagen pro Kur, höchstens jedoch für 120 Tage für alle in einem Zeitraum von 5 Jahren insgesamt durchgeführten Kuren, wovon höchstens 60 Tage für Erholungskuren.

e) Die Vergütung umfasst, nach Abzug des vereinbarten Selbstbehaltes (Lit. h hienach):

1. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Tagestaxe), je nach Vereinbarung in der privaten oder halbprivaten Abteilung.

Im Sinne dieser Versicherung entspricht ein Einzelmzimmer der privaten, ein Zweierzimmer der halbprivaten Abteilung.

Lässt sich ein für die halbprivate Abteilung Versicherter in einer privaten Abteilung behandeln, vergütet die Zürich 70% der Tagestaxe für die Privatabteilung. Muss die Behandlung jedoch aus medizinischen Gründen in der privaten Abteilung erfolgen, bezahlt die Zürich die Kosten der privaten Abteilung;

2. die Arzthonorare;
3. die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen;

4. die Aufwendungen für die Dienste des spitaleigenen Krankenpflegepersonals;
5. die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkoseeinrichtungen;
6. die Kosten für in einem Spital oder einer Kuranstalt verordnete Hilfsmittel im Rahmen von Ziff. 11, lit. b 7;
7. die Kosten für folgende Massnahmen, sofern ihnen ein versicherter Spitalaufenthalt folgt:

- Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital sowie die ärztlich angeordnete Überführung in ein weiteres, für besondere Behandlungen spezialisiertes Spital; Transporte mit Luftfahrzeugen jedoch nur, sofern sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind,
- Rettungsaktionen zugunsten des Versicherten;

mitversichert sind ferner:

- Suchaktionen zur Rettung oder Bergung des Versicherten bis höchstens CHF 20'000.—,
- Bergungsaktionen, wenn der Tod die Folge eines versicherten Ereignisses oder von Erschöpfung ist.

Die Vergütungen werden nur für medizinisch notwendige Massnahmen ausgerichtet und nach den ortsüblichen Ansätzen bemessen. Bei besonders aufwendiger Stationierung und Behandlung ist die Zürich berechtigt, ihre Entschädigung den sonst in der Schweiz üblichen Normen für Privatpatienten anzupassen.

f) Mitversichert sind Auslagen für ambulant durchgeführte Nachkontrollen inner- oder ausserhalb des Spitals, die innerhalb von 30 Tagen nach Spitalaustritt erfolgen.

g) Der Anspruchsberechtigte hat pro Unfall den allfällig vereinbarten Selbstbehalt zu tragen. Er wird jedoch

für den gleichen Versicherten in einer Periode von 365 aufeinanderfolgenden Tagen nur einmal berechnet.

h) Sind die Spitalkosten in Ergänzung zu den Leistungen einer Krankenkasse (Ziff. 2, lit. c) oder zu denjenigen der obligatorischen Unfallversicherung (Ziff. 2, lit. d) versichert, übernimmt die Zürich nur den bei der Krankenkasse oder durch die obligatorische Unfallversicherung nicht gedeckten Teil der gemäss dieser Ziff. 9 versicherten Kosten. Selbstbehalt, Franchise und Gebühren der Krankenkasse werden nicht vergütet.

Ist zur Zeit des Unfalles der Versicherungsschutz der Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung noch nicht in Kraft getreten oder bereits erloschen, vergütet die Zürich nur 50% der gemäss dieser Ziff. 9 versicherten Kosten. Ebenfalls nur 50% der aus einem Unfall entstandenen Kosten werden im Rahmen dieser Ziff. 9 übernommen, wenn die Statuten oder Reglemente der Krankenkasse Unfälle generell ausschliessen. Sind jedoch nur einzelne Unfälle ausgeschlossen, vergütet die Zürich die aus einem solchen Unfall entstandenen Kosten im Umfang dieser Ziff. 9 voll. Dasselbe gilt sinngemäss für die obligatorische Unfallversicherung.

Erbringt die Krankenkasse aus anderen Gründen ihre statutarischen Leistungen (einschliesslich obligatorisch erklärter Zusatzversicherungen), welche sie ohne Bestehen dieser Zürich Ergänzungsversicherung zu erbringen hätte, nicht oder nicht voll, vergütet die Zürich die Kosten im Rahmen dieser Ziff. 9, abzüglich der vollen bei der Krankenkasse versicherten Leistungen.

10. Spitaltaggeld

Nachfolgende Leistungen werden als Summenversicherung versichert:

a) Das vereinbarte Spitaltaggeld wird für einen medizinisch notwendigen Auf-

enthalt in einem Spital (Ziff. 2, lit. a) oder in einer Kuranstalt (Ziff. 2, lit. b) ausgerichtet, wenn der Aufenthalt wenigstens 24 Stunden dauert. Der Aufenthalt ist medizinisch notwendig, wenn er zum Zweck der ärztlichen Behandlung im Hinblick auf eine Besserung oder Verhinderung einer ungünstigen Weiterentwicklung der Gesundheitsschädigung erfolgt. Aufenthalte in Kuranstalten sind zudem nur versichert, wenn die Kur ärztlich verordnet wurde und der Versicherte vor deren Antritt in ärztlicher Behandlung stand. Bei Badekuren ist ausserdem Bedingung, dass die Kur unter ärztlicher Betreuung durchgeführt wird. Erholungsaufenthalte sind nur gedeckt, wenn sie in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt durchgeführt werden.

b) Keinen Anspruch auf Leistungen geben vorbeugende Spitalaufenthalte oder Kuren, andere als die in lit. a hievorigen genannten Ruhe-, Erholungs- und Nachkuren sowie die Unterbringung Betagter, Gebrechlicher und Invaliden zur blossen Pflege oder Überwachung, es sei denn, dass Spitalbedürftigkeit als Folge eines versicherten Ereignisses nachgewiesen und dauernde ärztliche Behandlung nötig ist.

c) Das Spitaltaggeld wird während unbegrenzter Dauer ausgerichtet. Für Kuren wird es indessen während längstens 30 Tagen pro Kur bezahlt, höchstens jedoch für 120 Tage für alle innert 5 Jahren insgesamt durchgeführten Kuren, wovon höchstens 60 Tage für Erholungskuren.

11. Kosten für ambulante Behandlung

Nachfolgende Leistungen werden als Schadensversicherung versichert:

a) Als solche gelten die Kosten für notwendige und zweckmässige ärztliche Behandlung ausserhalb eines Spitals (Ziff. 2, lit. a) oder einer Kuranstalt (Ziff. 2, lit. b) sowie in einem Spital oder einer Kuranstalt, wenn der

Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert.

b)

Wenn die Kosten für ambulante Behandlung versichert sind, vergütet die Zürich (vorbehältlich der in diesen Zusatzbedingungen besonders geregelten Ausnahmen) ohne zeitliche und betragliche Begrenzung:

1. die Honorare für die Behandlung durch einen Arzt. Vorbehalten bleiben Ziff. 3 und 4 nachfolgend;
2. die Kosten für besondere, wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen, wie chemische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen, Elektrokardiogramme, Elektroencephalogramme, Durchleuchtungen, Röntgenaufnahmen, Bestrahlungen, Injektionen, chirurgische Eingriffe usw., sofern diese Massnahmen vom Arzt angeordnet oder durchgeführt werden;
3. die Kosten für ärztliche Psycho-diagnostik und ärztliche Psychotherapie bis zu folgenden Höchstansätzen:
 - pro Konsultation bis CHF 120.–,
 - Höchstleistungen je Krankheitsfall CHF 10'000.–;
4. die Kosten für Zahnbehandlung infolge eines versicherten Unfalls, einschliesslich der Kosten des erstmaligen Zahnersatzes.

Ist bei einem Zahnschaden eines jugendlichen Versicherten eine abschliessende Behandlung nicht möglich, so übernimmt die Zürich auch die zu erwartenden Kosten für die Zwischenbehandlung und die definitive einmalige Instandstellung der durch den Unfall beschädigten Zähne. Diese Kosten werden längstens bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres des Versicherten übernommen, auch wenn dadurch die Frist von zwei Jahren gemäss Art. 13, lit. a AVB überschritten wird. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers wird sofort Entschädigung nach Massgabe des Kostenvorschlages geleistet.

Keine Leistungen werden erbracht für konservierende Zahnbehandlung (wie Füllungen, Wurzelbehandlungen, Kronen, Brücken) und nicht unfallbedingten Zahnersatz;

5. die Honorare für die Behandlung durch Chiropraktoren, insoweit diese aufgrund einer staatlichen Bewilligung zur Berufsausübung zugelassen sind;
6. die Kosten für Medikamente und Heilmaterialien, die vom behandelnden Arzt oder von einem diplomierten Apotheker aufgrund eines ärztlichen Rezeptes abgegeben werden;
7. die Kosten folgender Hilfsmittel, sofern sie ärztlich verordnet worden und als Folge eines versicherten Ereignisses notwendig sind: erstmalige Anschaffung von Prothesen, Brillen (normale Gläser, einfaches Gestell), Hörgeräten, orthopädischem Schuhwerk sowie Miete oder erstmalige Anschaffung von Krücken, Stützen oder anderem Krankenmobiliar. Von der Versicherung ausgeschlossen sind jedoch mechanische Fortbewegungsmittel; hinsichtlich Zahnprothesen siehe Ziff. 4 zuvor. Bei Unfällen werden auch die Kosten für Reparatur oder Ersatz (Neuwert) der vorstehend als versichert erwähnten Gegenstände vergütet, wenn sie anlässlich eines Ereignisses beschädigt oder zerstört wurden, das versicherte Heilungsmassnahmen zur Folge hat;
8. die Aufwendungen für die Dienste diplomierter Krankenpfleger oder -pflegerinnen, höchstens aber für 200 Pflage tage pro Unfall. Ausgenommen hiervon ist die Pflege wegen Altersschwäche, Gebrechlichkeit und Invalidität;
9. die Kosten für folgende Massnahmen, sofern ihnen eine versicherte ambulante Behandlung folgt:
 - alle durch den Unfall bedingten Reisen und Transporte des Versicherten an den nächsten geeigneten Behandlungsort, mit Luftfahrzeugen jedoch nur, sofern sie aus medizinischen oder techni-

schen Gründen unumgänglich sind. Nicht versichert sind Fahrspesen für Personen, denen das Gehen zugemutet werden kann;

- Rettungsaktionen zugunsten des Versicherten.

Die Vergütungen richten sich nach den ortsüblichen Ansätzen.

c)

Der Anspruchsberechtigte hat 10% der zu vergütenden Kosten, mindestens aber den vereinbarten Betrag (Mindestselbstbehalt), selbst zu tragen. Der Mindestselbstbehalt wird je Periode von 365 aufeinanderfolgenden Tagen für den gleichen Versicherten einmal berechnet.

Für Unfälle kann die Versicherung ohne Selbstbehalt vereinbart werden. Vorbehalten bleibt im Folgenden lit. d.

d)

Sind die Kosten für ambulante Behandlung in Ergänzung zu den Leistungen einer Krankenkasse (Ziff. 2, lit. c) oder zu denjenigen der obligatorischen Unfallversicherung (Ziff. 2, lit. d) versichert, übernimmt die Zürich bei Unfall 100% des bei der Krankenkasse oder durch die obligatorische Unfallversicherung nicht gedeckten Teils der gemäss dieser Ziff. 11 versicherten Kosten. Selbstbehalt, Franchise und Gebühren der Krankenkasse werden nicht vergütet.

Ist zur Zeit des Unfalles der Versicherungsschutz der Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung noch nicht in Kraft getreten oder bereits erloschen, vergütet die Zürich nur 50% der gemäss dieser Ziff. 11 versicherten Kosten. Ebenfalls nur 50% der aus einem Unfall entstandenen Kosten werden im Rahmen dieser Ziff. 11 übernommen, wenn die Statuten oder Reglemente der Krankenkasse Unfälle generell ausschliessen. Sind jedoch nur einzelne Unfälle ausgeschlossen, vergütet die Zürich die aus einem solchen Unfall entstandenen Kosten im Umfang dieser Ziff. 11 voll. Dasselbe gilt sinngemäss für die obligatorische Unfallversicherung.

Erbringt die Krankenkasse aus anderen Gründen ihre statutarischen Leistungen (einschliesslich obligatorisch erklärter Zusatzversicherungen), welche sie ohne Bestehen dieser Zürich Ergänzungsversicherung zu erbringen hätte, nicht oder nicht voll, vergütet die Zürich die Kosten im Rahmen dieser Ziff. 11, abzüglich der vollen bei der Krankenkasse versicherten Leistungen.

12.

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Leistungen werden an den Anspruchsberechtigten ausgerichtet. Die Zürich kann Vergütungen von Arzthonoraren und Spitalkosten direkt an die Rechnungssteller leisten unter Abzug des Selbstbehaltes oder Verrechnung desselben mit anderen Guthaben des Anspruchsberechtigten aus dieser Versicherung. Auf Antrag der Anspruchsberechtigten kann das Spitaltaggeld monatlich ausbezahlt werden.

Sämtliche ausstehenden Prämien aus diesem Vertrag können mit den Versicherungsleistungen verrechnet werden.

13.

Pflichten bei Versicherung in Ergänzung zu den Leistungen einer Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung

Sind die Spitalkosten (Ziff. 9) oder die Kosten für ambulante Behandlung (Ziff. 11) in Ergänzung zu den Leistungen einer Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung versichert, so hat der Versicherungsnehmer der Zürich schriftlich bekanntzugeben:

- den Ablauf des Versicherungsschutzes bei der Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung,

- eine vorübergehende Ausserkraftsetzung der Versicherung bei der Krankenkasse oder der obligatorischen Unfallversicherung sowie deren Wiederinkraftsetzung.



ZURICH

Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 2.1 für die Versicherung der Erwerbsunfähigkeit zur Einzel-Unfall- und Krankenversicherung

Ausgabe 01/2006

1. Versicherungsträger

Leistungspflichtig aus der Versicherung der Erwerbsunfähigkeit ist die «Zürich» Versicherungs-Gesellschaft in Zürich, nachstehend Zürich genannt.

2. Begriffsbestimmungen

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge medizinisch nachweisbarer Krankheit (einschliesslich Zerfall der geistigen oder körperlichen Kräfte) oder infolge von Unfall ausserstande ist, seinen Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben, die seinen Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist.

3. Einschränkung des Deckungsumfanges

Insoweit die Erwerbsunfähigkeit auf ein Geburtsgebrechen zurückzuführen ist, das vor Vollendung des 16. Lebensjahres auftritt, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

4. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz jedoch nur für Reisen und Aufenthalte bis zu 12 Monaten. Sie erlischt für den betreffenden Versicherten, nachdem sein gewöhnlicher Aufenthaltsort seit 12 Monaten im Ausland bestanden hat, sofern nicht eine besondere Vereinbarung getroffen wurde. Nach der Rückkehr in die Schweiz kann die

Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, wenn der Versicherte den Nachweis guter Gesundheit erbringt.

5. Versicherungsleistungen

Nachfolgende Leistung wird als Summenversicherung versichert:

a) Wird der Versicherte erwerbsunfähig und hat die Erwerbsunfähigkeit ununterbrochen während der in der Police festgesetzten Wartezeit bestanden, entrichtet die Zürich für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld.

b) Das Taggeld wird pro Krankheitsfall während der in der Police festgelegten Leistungsdauer ausgerichtet, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet.

c) Tage, für welche wegen teilweiser Erwerbsunfähigkeit ein reduziertes Taggeld entrichtet wird, werden an die Leistungsdauer nur anteilmässig angerechnet, so dass sich die maximale Leistungsdauer entsprechend verlängert.

6. Kuren

Bei Kuraufenthalten hat der Versicherte Anspruch auf Taggeld, wenn er unmittelbar vor Antritt der Kur seit mindestens 30 Tagen ununterbrochen erwerbsunfähig war. Für die Dauer der vereinbarten Wartezeit werden jedoch keine Leistungen ausgerichtet.

7. Schwangerschaft und Niederkunft

Erwerbsunfähigkeit infolge normaler Schwangerschaft und normalen Wochenbettes ist nicht versichert, wohl aber infolge schwerer Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, die einen Spitalaufenthalt von wenigstens 72 Stunden Dauer erforderlich machen.

8. Wartezeit

Die Wartezeit beginnt mit dem Tag, für den der behandelnde Arzt den Beginn der Erwerbsunfähigkeit bescheinigt hat. Tage mit teilweiser Erwerbsunfähigkeit von wenigstens 25% zählen für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage; Tage mit einer Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25% werden nicht berücksichtigt.

9. Teilweise Erwerbsunfähigkeit

a) Ist der Versicherte teilweise erwerbsunfähig, wird ein dem Grad der Erwerbsunfähigkeit entsprechender Teil der Leistung ausgerichtet. Eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 66 ⅔% gibt Anspruch auf die volle Leistung, eine solche von weniger als 25% begründet keinen Versicherungsanspruch.

b) Ändert bei laufenden Taggeldern der Grad der Erwerbsunfähigkeit, werden die Leistungen mit Wirkung auf den Tag der Änderung neu festgesetzt. Eine Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist der Zürich

unverzüglich mitzuteilen. Zuviel bezogene Taggelder sind der Zürich zurückzuerstatten.

**10.
Auszahlung der Versicherungsleistungen**

Sämtliche ausstehenden Prämien aus diesem Vertrag können mit den Versicherungsleistungen verrechnet werden.



ZURICH

Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 2.2 für die Versicherung der Invalidität zur Einzel-Unfall- und Krankenversicherung

Ausgabe 01/2006

1. Versicherungsträger

Leistungspflichtig aus der Versicherung der Invalidität ist die «Zürich» Versicherungs-Gesellschaft in Zürich, nachstehend Zürich genannt.

2. Begriff der Invalidität

Als Invalidität im Sinne dieser Versicherung gilt:

a) der vollständige oder teilweise Verlust von Körperteilen oder Organen;

b) die voraussichtlich lebenslängliche vollständige oder teilweise Gebrauchsunfähigkeit von Körperteilen oder Organen. Invalidität setzt keine Erwerbsunfähigkeit voraus.

3. Versicherungsleistungen

Nachfolgende Leistung wird als Summenversicherung versichert:

a) Art und Umfang der Leistungen

1. Wird der Versicherte infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Unfalls invalid, erbringt die Zürich eine Kapitalleistung. Diese richtet sich nach dem Invaliditätsgrad, der vereinbarten Versicherungssumme und der vereinbarten Leistungsvariante.
2. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls das 65. Lebensjahr vollendet, zahlt die Zürich anstelle der Kapitalleistung eine lebenslängliche Rente.

Sie beträgt jährlich CHF 93.– pro CHF 1'000.– Kapitalleistung und wird vierteljährlich zum voraus ausgerichtet.

b) Invaliditätsgrad

1. Für die Berechnung der Kapitalleistung gelten folgende Prozentsätze:

Verlust beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füße, eines Armes oder einer Hand und zugleich eines Beines oder Fusses, gänzliche Lähmung, unheilbare, jedes vernunftgemässe Handeln ausschliessende Geistesstörung, völlige Erblindung	100%
Verlust der Sehkraft eines Auges	30%
Verlust des Gehörs auf bei den Ohren	85%
Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15%
Verlust eines Armes im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben (einschliesslich der Hand und der Finger)	70%
Verlust eines Armes unterhalb des Ellbogengelenk oder einer Hand (einschliesslich der Finger)	60%
Verlust eines Daumens	22%
Verlust eines Zeigefingers	14%
Verlust eines andern Fingers	8%
Verlust eines Beines im Kniegelenk oder oberhalb desselben (einschliesslich des Fusses)	60%

Verlust eines Beines unterhalb des Kniegelenks (einschliesslich des Fusses)	50%
Verlust eines Fusses	40%

2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt.

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.

Sind bei einem Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt; der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.

3. Bei den in Ziff. 1 nicht genannten Fällen bestimmt sich der Invaliditätsgrad aufgrund ärztlicher Feststellungen in Anlehnung an die dort genannten Prozentsätze.

4. Wird ein bereits vor dem Unfall durch Invalidität beeinträchtigter Körperteil oder beeinträchtigtes Organ erneut von Invalidität betroffen, bezahlt die Zürich die Differenz zwischen den Kapitalleistungen, die sich nach diesem Vertrag aufgrund der Invaliditätsgrade vor und nach dem Unfall ergeben.

c) Leistungsvarianten

Die Kapitalleistung der Zürich bemisst sich je nach der vereinbarten Leistungsvariante aufgrund der folgenden Tabelle:

Leistung in % der Versicherungssumme				Leistung in % der Versicherungssumme				Leistung in % der Versicherungssumme			
Invaliditätsgrad	Variante			Invaliditätsgrad	Variante			Invaliditätsgrad	Variante		
	A	B	M		A	B	M		A	B	M
100	225	350	500	75	150	225	325	50	75	100	175
99	222	345	493	74	147	220	319	49	73	97	169
98	219	340	486	73	144	215	313	48	71	94	163
97	216	335	479	72	141	210	307	47	69	91	157
96	213	330	472	71	138	205	301	46	67	88	151
95	210	325	465	70	135	200	295	45	65	85	145
94	207	320	458	69	132	195	289	44	63	82	139
93	204	315	451	68	129	190	283	43	61	79	133
92	201	310	444	67	126	185	277	42	59	76	127
91	198	305	437	66	123	180	271	41	57	73	121
90	195	300	430	65	120	175	265	40	55	70	115
89	192	295	423	64	117	170	259	39	53	67	109
88	189	290	416	63	114	165	253	38	51	64	103
87	186	285	409	62	111	160	247	37	49	61	97
86	183	280	402	61	108	155	241	36	47	58	91
85	180	275	395	60	105	150	235	35	45	55	85
84	177	270	388	59	102	145	229	34	43	52	79
83	174	265	381	58	99	140	223	33	41	49	73
82	171	260	374	57	96	135	217	32	39	46	67
81	168	255	367	56	93	130	211	31	37	43	61
80	165	250	360	55	90	125	205	30	35	40	55
79	162	245	353	54	87	120	199	29	33	37	49
78	159	240	346	53	84	115	193	28	31	34	43
77	156	235	339	52	81	110	187	27	29	31	37
76	153	230	332	51	78	105	181	26	27	28	31

Bei einem Invaliditätsgrad von 25% und weniger entspricht der Prozentsatz dem Invaliditätsgrad.

4. Auszahlung der Versicherungsleistungen

a) Die Kapitalleistung oder die erste Rente wird ausbezahlt, sobald der voraussichtlich endgültige Invaliditätsgrad feststellbar ist und der Gesundheitszustand insofern stabil ist, als aufgrund des Unfalles auch nicht mit dem Tod des Versicherten gerechnet werden muss, spätestens aber 5 Jahre nach dem Unfall.

b) Die Kapitalleistung kann nach Wahl des Anspruchsberechtigten auch in Raten (Fürsorgeplan) oder als lebenslängliche Rente bezogen werden, sofern die geschäftsplanmässigen Mindestleistungen erreicht werden.

c) Für den Bezug der Leistungen nach Fürsorgeplan gelten die im Zeitpunkt der Fälligkeit der Kapitalleistung gültigen Bedingungen und Berechnungsgrundlagen der «Zürich» Lebensversicherungs-Gesellschaft.

d) Wird eine Kapitalleistung zum Kauf einer lebenslänglichen Rente verwendet, werden die im Zeitpunkt der Fälligkeit der Leistung gültigen Rententariife und Versicherungsbedingungen der «Zürich» Lebensversicherungs-Gesellschaft angewendet.

e) Sämtliche ausstehenden Prämien aus diesem Vertrag können mit den Versicherungsleistungen verrechnet werden.



ZÜRICH

Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 3.1 für die Todesfall-Risikoversicherung zur Einzel-Unfall- und Krankenversicherung

Ausgabe 01/2006

1. Versicherungsträger

Leistungspflichtig aus der Versicherung des Todesfalls infolge von Unfall ist die «Zürich» Versicherungs-Gesellschaft in Zürich, nachstehend Zürich genannt.

2. Versicherungsleistungen

Nachfolgende Leistung wird als Summenversicherung versichert:

a) Allgemeines

Stirbt der Versicherte während der Dauer der Versicherung, erbringt die Zürich die vereinbarte Versicherungsleistung, sofern der Tod des Versicherten als Folge eines Unfalls im Sinne der AVB eintritt.

b) Leistungsform:

Die Versicherungsleistung wird in Form einer einmaligen Kapitalzahlung erbracht.

3. Einschränkung des Deckungsumfanges

Stirbt der Versicherte durch Selbsttötung bzw. an den Folgen eines Selbsttötungsversuches, erbringt die Zürich keine Leistung.

4. Begünstigung; Abtretung und Verpfändung des Versicherungsanspruches

a) Der Versicherungsnehmer kann durch schriftliche Anzeige an die Zürich oder durch Verfügung von Todes wegen Begünstigte für den Versicherungsanspruch bezeichnen. Er kann auch, sofern er auf dieses Recht nicht verzichtet hat, die Begünstigung jederzeit widerrufen oder ändern. Sind Ehegatte oder Nachkommen des Versicherungsnehmers Begünstigte, ist eine betreibungs- oder konkursrechtliche Verwertung des Versicherungsanspruches ausgeschlossen, soweit ihn der Versicherungsnehmer nicht verpfändet hat (Art. 76 H. VVG).

b) Sofern der Versicherungsnehmer nicht eine andere Person als begünstigt bezeichnet hat, zahlt die Zürich die Versicherungsleistung an die folgenden nacheinander bezugsberechtigten Personen: den Ehegatten, bei dessen Fehlen die Kinder, bei deren Fehlen die Eltern, bei deren Fehlen die Erben des Versicherten.

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

a) Fällige Todesfallsummen können nach Wahl des Anspruchsberechtigten auch in Raten (Fürsorgeplan) oder als lebenslängliche Rente bezogen werden, sofern die geschäftsplanmässigen Mindestleistungen erreicht werden.

b) Für den Bezug der Leistungen nach Fürsorgeplan gelten die im Zeitpunkt der Fälligkeit der Versicherungssumme gültigen Bedingungen und Berechnungsgrundlagen der «Zürich» Lebensversicherungs-Gesellschaft.

c) Wird eine Todesfallsumme zum Kauf einer lebenslänglichen Rente verwendet, werden die im Zeitpunkt der Fälligkeit der Leistung gültigen Rententariife und Versicherungsbedingungen der «Zürich» Lebensversicherungs-Gesellschaft angewendet.

d) Sämtliche ausstehenden Prämien aus diesem Vertrag können mit den Versicherungsleistungen verrechnet werden.

e) Die Zürich ist berechtigt, die Versicherungsleistungen rechtsgültig an den Inhaber der Police auszuzahlen; sie kann indessen verlangen, dass er sich vorgängig als Anspruchsberechtigter ausweist.