

Allgemeine Bedingungen (AB) für die Fahrzeugversicherung

A

Ausgabe 01.2012

L Prämienrückerstattungs-Versicherung für selbstständig Erwerbende (L2)

Gemeinsame Bestimmungen

- L 1 Definitionen und versicherte Risiken
L 2 Einschränkungen
L 3 Ergänzende vertragliche Grundlagen

Arbeitsunfähigkeit

Versicherungsumfang

- L 4 Definitionen und versicherte Ereignisse
L 5 Leistungen

Ausschlüsse

- L 6 Kein Versicherungsschutz
L 7 Leistungsbezug im Ausland

Schadenfall

- L 8 Geltendmachung der Ansprüche

Die Leistungen der Prämienrückerstattungs-Versicherung werden durch die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen und die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Basel, erbracht. Die Helvetia wird nachfolgend als Gesellschaft bezeichnet.

Gemeinsame Bestimmungen

L 1: Definitionen und versicherte Risiken

1.1 Versicherte Person

Versichert ist der in der Police genannte Versicherungsnehmer. Sind mehrere Personen genannt, ist immer die erstgenannte Person versichert.

1.2 Versicherte Prämien

Versichert ist die in der vorliegenden Motorfahrzeug-Versicherung ausgewiesene Bruttoprämie aller versicherten Sparten.

1.3 Leistungen

Die Gesellschaft bezahlt sämtliche nach Ablauf der Wartefrist anfallenden Prämien des Versicherungsvertrages. Der übernommene Betrag entspricht der Brutto-Prämie des laufenden Vertrags, aber höchstens der vertraglichen Brutto-Prämie im Zeitpunkt der Mitteilung des Ereignisses.

1.4 Versicherte Risiken

- Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall oder Krankheit

L 2: Einschränkungen

2.1 Die von der Gesellschaft für die Deckung der Prämienrückerstattungs-Versicherung ausgerichteten Entschädigungen können den jährlichen Brutto-Prämienbetrag von CHF 6'000.- nicht übersteigen.

2.2 Die Versicherungsdeckung entfällt automatisch mit dem ordentlichen Rücktrittsalter, jedoch spätestens im Alter von 65 Jahren. Die Deckung der Prämienrückerstattungs-Versicherung entfällt auch im Zeitpunkt der Pensionierung (Frühpensionierung).

L 3: Ergänzende vertragliche Grundlagen

3.1 Im Übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen (AB) für die Fahrzeugversicherung:

- A Gemeinsame Bestimmungen

Arbeitsunfähigkeit

Versicherungsumfang

L 4: Definitionen und versicherte Ereignisse

4.1 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte während der Dauer des Versicherungsschutzes vorübergehend oder permanent infolge von Krankheit oder Unfall vollständig (100 %) ausserstande ist, seine bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden könnte.

4.2 Krankheits- und Unfallbegriff

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.

Ebenfalls als Unfall gelten:

- Personenschäden durch unfreiwilliges Einatmen von plötzlich austretendem Gas oder Dampf und durch unfreiwilliges Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen,
- das unfreiwillige Ertrinken,
- Zerrungen, Überdehnungen oder Risse von Muskeln oder Sehnen als Folge unvermittelter körperlicher Anstrengungen.

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung erfordert.

4.3 Vorgängige Karenzfrist

Die Deckung der Prämienrückerstattungs-Versicherung bei Arbeitsunfähigkeit tritt für Versicherungsfälle nicht ein, die in ursächlichem oder indirektem Zusammenhang mit dem Versicherten bekannten Erkrankungen oder Unfallfolgen stehen, wegen derer er in den letzten 6 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde.

4.4 Wartefrist

Zusätzlich zur oben genannten Karenzfrist beginnt der Anspruch auf Leistungen erst, wenn die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit die in der Police erwähnte 60-tägige Wartefrist überschritten hat.

L 5: Leistungen

5.1 Bei einer Arbeitsunfähigkeit gemäss Definition in Art. L 4.1 übernimmt die Gesellschaft nach Ablauf der Karenzfrist und der vereinbarten Wartefrist während der vertraglichen Dauer die Prämien durch monatliche Rückerstattung der entsprechenden Beträge. Die Prämienrückerstattung wird im ersten Schadenfall sowie in allen folgenden Fällen für höchstens 24 ununterbrochene Monate gewährt (die 60-tägige Wartefrist gilt für jeden Schadenfall).

5.2 Die Leistungsübernahme ist an die tatsächliche Einreichung der in Art. L 8 erwähnten Dokumente geknüpft.

- 5.3 Die monatliche Rückerstattung endet jedoch, ohne dass die Deckung der Prämienrückerstattungs-Versicherung eingestellt wird,
- wenn die Arbeitsfähigkeit, auch teilweise, wieder erlangt ist;
 - wenn die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit irgendeiner Art aufnimmt;
 - wenn ein Endalter gemäss Art. L 2.2 erreicht ist;
 - wenn eine auf Leistung Anspruch gebende Bedingung nicht erfüllt wird.

Ausschlüsse

L 6: Kein Versicherungsschutz

- 6.1 Kein Versicherungsschutz besteht im Falle von:
- Schäden infolge Mutterschaft und ihre möglichen Komplikationen;
 - Schäden aus Selbstmordversuchen während der ersten zwei Versicherungsjahren der Prämienrückerstattungs-Versicherung, Selbstverstümmelungen oder dem Gebrauch von Betäubungsmitteln oder Medikamenten in nicht ärztlich verordneter Dosis sowie Schäden aus akuter oder chronischer Alkoholsucht;
 - Schäden in Verbindung mit atomaren Explosionen allgemein sowie Strahlungen (gedeckt sind hingegen isolierte Schäden ohne Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit);
 - Unmittelbare oder mittelbare Schäden durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - Schäden durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
 - Schäden durch Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustossen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen, einschliesslich der dazugehörigen Übungsfahrten, beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

L 7: Leistungsbezug im Ausland

- 7.1 Gibt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein auf und bekommt sie im Zeitpunkt, in dem sie die Grenze überquert, Prämienrückerstattungen, werden die Leistungen aufrecht erhalten, sofern die Arbeitsunfähigkeit in der Schweiz von einem von der Gesellschaft anerkannten Arzt festgestellt wurde.

Schadenfall

L 8: Geltendmachung der Ansprüche

- 8.1 Die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ist der Gesellschaft mittels Arztzeugnis spätestens 30 Tage nach Ablauf der Wartefrist zu melden; erfolgt die Meldung später, anerkennt die Gesellschaft den Leistungsanspruch erst ab dem Zeitpunkt der Meldung, ausser wenn die Unterlassung aufgrund der Umstände nicht der versicherten Person anzulasten ist.
- 8.2 Die Gesellschaft ist berechtigt, beim behandelnden Arzt einen Bericht zuhanden des Vertrauensarztes einzuverlangen, aus dem der Grund, der Beginn und der Verlauf der Krankheit oder die Unfallumstände sowie die voraussichtliche Dauer und der Grad der Arbeitsunfähigkeit hervorgehen.
- 8.3 Die Gesellschaft behält sich vor, die versicherte Person von einem von ihr bezeichneten Arzt untersuchen zu lassen, ergänzende Auskünfte bei Dritten einzuholen, sofern sie dies als zweckmässig erachtet, um den Leistungsanspruch zu bestimmen.
- 8.4 Die Gesellschaft kann ausserdem verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen binnen drei Monaten und auf Kosten des Versicherungsnehmers in der Schweiz durchgeführt werden, und zwar auch dann, wenn sich der Wohnort oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland befindet. Im Falle der Weigerung oder Nichtbefolgung wird der anspruchsberechtigten Person nach der Mahnung, dieser Pflicht nachzukommen, der Leistungsanspruch entzogen.
- 8.5 Die Gesellschaft kann die Arbeitsunfähigkeit ausserdem jederzeit neu überprüfen. Ändert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, hat dies die versicherte Person der Gesellschaft unverzüglich schriftlich zu melden und ihr einen Beleg über den neuen Zustand (ärztliches Zeugnis) einzureichen. Allfällig zu viel bezahlte Leistungen sind zurückzuerstatten.