

Besondere Bedingungen der Versicherung Acrobat

AB

Vergleichstabelle (nur die geänderten Artikel sind nachfolgend aufgeführt)

Ausgabe 01.02.2004	Ausgabe 01.10.2021
Art. 4 Aufnahmebedingungen	Art. 4 Aufnahmebedingungen
Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein kann der Versicherung Acrobat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beitreten.	Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann der Versicherung Acrobat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beitreten.
Art. 6 Automatische Anpassung der Versicherung (ab 19 Jahren)	Art. 6 Automatische Anpassung der Versicherung (ab 19 Jahren)
<ol style="list-style-type: none">1. Wenn der Vertrag aus den in Artikel 5 genannten Gründen ausläuft, werden Versicherte mit Stufe 1 oder 2 (vgl. Artikel 7) automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit derselben Versicherungssumme überwiesen. Versicherte mit Stufe 1P (vgl. Artikel 7) werden automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen. Die Versicherungen treten am 1. Januar des Jahrs in Kraft, das auf das Ende der Acrobat-Versicherung folgt.2. Der Versicherte hat das Recht, den Übertritt in die Versicherung ProVista (ID) respektive ActiVita (AJ) innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice zu verweigern. Er teilt dies dem Versicherer schriftlich mit.	<ol style="list-style-type: none">1. Wenn der Vertrag aus den in Artikel 5 genannten Gründen ausläuft, werden Versicherte mit Stufe 1 oder 2 (vgl. Artikel 7) automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit derselben Versicherungssumme transferiert. Versicherte mit Stufe 1P (vgl. Artikel 7) werden automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen. Die Versicherungen treten am 1. Januar des Jahres in Kraft, das auf das Ende der Acrobat-Versicherung folgt.2. Der Versicherte hat das Recht, den Übertritt in die Versicherung ProVista (ID) respektive ActiVita (AJ) innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice zu verweigern. Er teilt dies dem Versicherer mit.
Art. 8 Versicherungsarten	Art. 8 Versicherungsarten
<ol style="list-style-type: none">1. Acrobat gewährt je nach gewählter Deckungsstufe (s. Art. 7.1) folgende Leistungen:<ol style="list-style-type: none">a. Heilungskosten und diverse Kosten (Art. 10)b. Kapital bei einem Spitalaufenthalt (Art. 10)c. Kapital infolge Invalidität (Art. 11)d. Kapital im Todesfall (Art. 12)2. Die versicherten Leistungen jeder Stufe sind in Anhang B zusammengefasst.	<ol style="list-style-type: none">1. Acrobat gewährt je nach gewählter Deckungsstufe (s. Art. 7.1) folgende Leistungen:<ol style="list-style-type: none">a. Heilungskosten und diverse Kosten (Art. 10)b. Kapital bei einem Spitalaufenthalt (Art. 10)c. Kapital infolge Invalidität (Art. 11)d. Kapital im Todesfall (Art. 12)2. Die versicherten Leistungen jeder Stufe sind in Anhang B zusammengefasst.3. Heilungskosten und sonstige Kosten sind durch die Schadenversicherung gedeckt. Kapital bei Spitalaufenthalt, Invaliditätskapital oder Todesfallkapital sind durch die Summenversicherung gedeckt.
Art. 10 Heilungskosten und diverse Kosten	Art. 10 Heilungskosten und diverse Kosten
<ol style="list-style-type: none">1. Die Heilungskosten sind zusätzlich zu den Leistungen von den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen, besonders KVG, UVG und IVG, versichert.2. Der Versicherer übernimmt nur die Differenz zwischen den geschuldeten Leistungen der unter Punkt 1 erwähnten Sozialversicherungen und den Leistungen, die unter den Punkten 3.1 bis 3.11 vorgesehen sind. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden.	<ol style="list-style-type: none">1. Die Heilungskosten sind zusätzlich zu den Leistungen von den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen, besonders KVG, UVG und IVG, versichert.2. Der Versicherer übernimmt nur die Differenz zwischen den geschuldeten Leistungen der unter Punkt 1 erwähnten Sozialversicherungen und den Leistungen, die unter den Punkten 3.1 bis 3.12 vorgesehen sind. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden.

3. Die folgenden Leistungen werden vergütet (s. Anhang B, der integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):

1. Medizinische Kosten in der Schweiz (allgemeine Abteilung)

Die Kosten für notwendige Behandlungen, einschliesslich Analysen und Medikamente (mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung LPPV), die durch einen Arzt, Chiropraktiker oder Zahnarzt vorgenommen oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Pension auf der allgemeinen Abteilung in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital.

2. Medizinische Kosten bei Notfall im Ausland

Die Kosten für die notwendige ambulante oder stationäre medizinische Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet.

3. Hauspflege und Haushaltshilfe

Nach einem Krankenhausaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten der vorgesehene Betrag für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehören muss. Auf der Grundlage desselben Tarifs kann einem Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht, um den Versicherten zu pflegen, ein Beitrag ausbezahlt werden.

4. Hilfsmittel und Krankenmobiliar

Die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) derselben, wenn diese bei einem versicherten Unfall, der eine Körperverletzung verursacht hat und eine medizinische Behandlung nötig macht, beschädigt oder zerstört werden. Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar.

5. Kosten für Transport, Suche und Rettung

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge des Unfalls bis zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur für Transporte mittels Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht. Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. Die notwendigen Such- und Rettungskosten, falls sich der Versicherte in einer nachweisbaren Notsituation befand, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt.

6. Ästhetische Chirurgie

Die notwendigen Kosten für ästhetische Chirurgie, falls der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte körperliche Entstellung nach sich gezogen hat.

7. Zusätzliche Leistungen, wenn der Unfall im Ausland erfolgt

- Wird der Versicherte im Ausland ins Spital eingeliefert und kann er aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, werden die Reisekosten von Angehörigen des Versicherten an den Ort des Spitalaufenthalts, wenn der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert, übernommen.
- Bei Tod des Versicherten im Ausland werden die Transportkosten für die Rückführung seiner sterblichen Überreste an Bord eines regulären Linienflugzeugs oder mit einem hierfür vorgesehenen Wagen bis zum Wohnort in der Schweiz übernommen.

3. Die folgenden Leistungen werden vergütet (s. Anhang B, der integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):

1. Medizinische Kosten in der Schweiz (allgemeine Abteilung)

Die Kosten für notwendige Behandlungen, einschliesslich Analysen und Medikamente (mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung LPPV), die durch einen Arzt, Chiropraktiker oder Zahnarzt vorgenommen oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Pension auf der allgemeinen Abteilung in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital.

2. Medizinische Kosten bei Notfall im Ausland

Die Kosten für die notwendige ambulante oder stationäre medizinische Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet.

3. Hauspflege und Haushaltshilfe

Nach einem Krankenhausaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten der vorgesehene Betrag für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehören muss. Auf der Grundlage desselben Tarifs kann einem Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht, um den Versicherten zu pflegen, ein Beitrag ausbezahlt werden.

4. Hilfsmittel und Krankenmobiliar

Die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) derselben, wenn diese bei einem versicherten Unfall, der eine Körperverletzung verursacht hat und eine medizinische Behandlung nötig macht, beschädigt oder zerstört werden. Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar.

5. Kosten für Transport, Suche und Rettung

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge des Unfalls bis zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur für Transporte mittels Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht. Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. Die notwendigen Such- und Rettungskosten, falls sich der Versicherte in einer nachweisbaren Notsituation befand, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt.

6. Ästhetische Chirurgie

Kosten für ästhetische Operationen, die infolge eines versicherten Unfalls notwendig werden.

7. Zusätzliche Leistungen, wenn der Unfall im Ausland erfolgt

- Wird der Versicherte im Ausland ins Spital eingeliefert und kann er aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, werden die Reisekosten von Angehörigen des Versicherten an den Ort des Spitalaufenthalts, wenn der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert, übernommen.
- Bei Tod des Versicherten im Ausland werden die Transportkosten für die Rückführung seiner sterblichen Überreste an Bord eines regulären Linienflugzeugs oder mit einem hierfür vorgesehenen Wagen bis zum Wohnort in der Schweiz übernommen.

8. Kosten für Nachhilfestunden

Die bescheinigten Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten und entsprechend ausgebildeten Person erteilt werden, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr in der Lage ist, dem Unterricht zu folgen.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.8 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 1P die unter 3.9 aufgeführte Leistung.

9. Medizinische Kosten in der Schweiz (private Abteilung)

Alle unter 3.1 aufgeführte Kosten auch in der privaten Abteilung eines vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spitals.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.9 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 2 folgende Leistungen:

10. Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Vorgesehene Leistungen nach den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance, deren Bestimmungen integraler Bestandteil dieser Vertragsbedingungen sind.

11. Kapital bei Spitalaufenthalt

Bei einem Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital oder im Ausland wird ein Kapital von Fr. 500.– pro Kalenderjahr ausbezahlt.

Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt auf Wunsch des Versicherungsnehmers und gegen Vorweisung der Spitalrechnung. Der Vertrauensarzt des Versicherers wird ermächtigt, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.

8. Kosten für Nachhilfestunden

Die bescheinigten Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten und entsprechend ausgebildeten Person erteilt werden, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr in der Lage ist, dem Unterricht zu folgen.

9. Sportabonnement

Kann der Versicherte infolge eines Unfalls keinen Sport ausüben, erstattet der Versicherer die vor dem Unfall abgeschlossenen und nicht nutzbaren Sportpakete oder Sportabonnemente pro rata temporis und gegen Vorlage der Originalbelege und der medizinischen Nachweise. Die maximale Vergütung beträgt Fr. 500.– pro Unfall.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.9 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 1P die unter 3.10 aufgeführte Leistung.

10. Medizinische Kosten in der Schweiz (private Abteilung)

Alle unter 3.1 aufgeführte Kosten auch in der privaten Abteilung eines vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spitals.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.10 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 2 folgende Leistungen:

11. Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Vorgesehene Leistungen nach den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance, deren Bestimmungen integraler Bestandteil dieser Vertragsbedingungen sind.

12. Kapital bei Spitalaufenthalt

Bei einem Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital oder im Ausland wird ein Kapital von Fr. 500.– pro Kalenderjahr ausbezahlt.

Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt auf Wunsch des Versicherungsnehmers und gegen Vorweisung der Spitalrechnung. Der Vertrauensarzt des Versicherers wird ermächtigt, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.

Art. 11 Invaliditätskapital

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

a. Kapital

Das versicherte Kapital bei Invalidität beträgt Fr. 200'000.–.

b. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität und der Skala gemäss Buchstabe c bestimmt.

c. Invaliditätsgrad

- Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:
 - Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Glieds des Daumens 5%
 - Verlust eines Daumens 20%
 - Verlust einer Hand 40%
 - Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben 50%
 - Verlust einer Grossezehe 5%
 - Verlust eines Fusses 30%
 - Verlust einer Niere 20%

Art. 11 Invaliditätskapital

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

a. Kapital

Das versicherte Kapital bei Invalidität beträgt Fr. 200'000.–.

b. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität und der Skala gemäss Buchstabe c bestimmt.

c. Invaliditätsgrad

- Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:
 - Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Glieds des Daumens 5%
 - Verlust eines Daumens 20%
 - Verlust einer Hand 40%
 - Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben 50%
 - Verlust einer Grossezehe 5%
 - Verlust eines Fusses 30%
 - Verlust einer Niere 20%

– Verlust der Milz	10%
– Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40%
– Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	15%
– Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15%
– Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	30%
– vollständige Taubheit	85%
– vollständige Blindheit	100%
– habituelle Schulterluxation	10%
– Verlust eines Beins im Kniegelenk	40%
– Verlust eines Beins oberhalb des Kniegelenks	50%
– Verlust einer Ohrmuschel	10%
– Verlust der Nase	30%
– Skalpierung	30%
– sehr schwere Entstellung im Gesicht	50%
– schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25%
– sehr starke schmerzhaft funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%
– Paraplegie	90%
– Tetraplegie	100%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion	80%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion	80%
– Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationfähigkeit	20%
– posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle	30%
– sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom	80%
2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.	
3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.	
4. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der genannten Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen durch Analogieschluss unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.	
5. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.	
6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermaßen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.	
7. Die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt zum Zeitpunkt, in dem der Zustand des Versicherten als definitiv angenommen wird, spätestens jedoch fünf Jahre nach dem Unfall.	

– Verlust der Milz	10%
– Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40%
– Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	15%
– Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15%
– Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	30%
– vollständige Taubheit	85%
– vollständige Blindheit	100%
– habituelle Schulterluxation	10%
– Verlust eines Beins im Kniegelenk	40%
– Verlust eines Beins oberhalb des Kniegelenks	50%
– Verlust einer Ohrmuschel	10%
– Verlust der Nase	30%
– Skalpierung	30%
– sehr schwere Entstellung im Gesicht	50%
– schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25%
– sehr starke schmerzhaft funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%
– Paraplegie	90%
– Tetraplegie	100%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion	80%
– sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion	80%
– Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationfähigkeit	20%
– posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle	30%
– sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom	80%
2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.	
3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.	
4. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad entsprechend der Entschädigungsskala zur Bemessung der Integritätsschäden in Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sowie den Suva-Tabellen festgelegt. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.	
5. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.	
6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermaßen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.	
7. Die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt zum Zeitpunkt, in dem der Zustand des Versicherten als definitiv angenommen wird, spätestens jedoch fünf Jahre nach dem Unfall	

d. Progression

1. Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.
2. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

d. Progression

1. Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.
2. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

Art. 12 Kapital im Todesfall

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird ein Kapital von Fr. 10'000.– ausbezahlt.
2. Die Anspruchsberechtigten sind:
 - Vater und Mutter, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Brüder und Schwestern, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Grosseltern, zu gleichen Teilen
3. In Abwesenheit der oben genannten Überlebenden kommt der Versicherer nur für den Teil der Beerdigungskosten auf, die nicht von einem anderen Versicherer gedeckt sind. Die Höchstsumme entspricht dem versicherten Kapital unter Punkt 1.
4. Eventuelle Leistungen für Invalidität, die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.
5. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

Art. 12 Kapital im Todesfall

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird ein Kapital von Fr. 10 000.– ausbezahlt. Ausgenommen sind Kinder, die zum Zeitpunkt des Todes jünger als 2 Jahre und 6 Monate sind. In diesem Fall ist das Kapital auf Fr. 2500.– limitiert.
2. Die Anspruchsberechtigten sind:
 - Vater und Mutter, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Brüder und Schwestern, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Grosseltern, zu gleichen Teilen
3. In Abwesenheit der oben genannten Überlebenden kommt der Versicherer nur für den Teil der Beerdigungskosten auf, die nicht von einem anderen Versicherer gedeckt sind. Die Höchstsumme entspricht dem versicherten Kapital unter Punkt 1.
4. Eventuelle Leistungen für Invalidität, die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.
5. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

Art. 13 Befreiung von der Prämienzahlung

1. Der Versicherer übernimmt die ganze Zahlung der periodischen Prämien von Acrobat bis zum Vertragsende (s. Art. 5), wenn, infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Unfalls, der Vater oder die Mutter mit einem Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am ersten Tag des Monats nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss schriftlich an den Versicherer unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbuch) beantragt werden.

Art. 13 Befreiung von der Prämienzahlung

1. Der Versicherer übernimmt die ganze Zahlung der periodischen Prämien von Acrobat bis zum Vertragsende (s. Art. 5), wenn, infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Unfalls, der Vater oder die Mutter mit einem Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am Folgetag nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss an den Versicherer unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbuch) beantragt werden.

Art. 17 Festsetzung und Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar. Auf besondere Vereinbarung und gegen Zuschlag können sie aber auch halb- bzw. vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.
3. Die Prämien sind für den ganzen Monat geschuldet.

Art. 17 Prämie

Die Prämie ist in der Versicherungspolice angegeben.