

1. Umfang des Versicherungsschutzes

1. Versichertes Risiko und versicherte Haftung

- B 1.1 AVB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Die AXA bietet für die im Antrag bezeichnete heil- und paramedizinische Tätigkeit Versicherungsschutz gegen Schadenersatzansprüche, die aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen wegen Personen- und Sachschäden gegen die versicherten Personen erhoben werden.

Heil- und paramedizinische Tätigkeiten, welche nicht unter den Tätigkeiten aufgrund besonderer Vereinbarung aufgeführt sind, gelten im Grundrisiko als mitversichert sofern die versicherte Person einem auf dem Antrag aufgeführten Verband angehört und die Tätigkeit nicht unter die Ausschlussbestimmungen gemäss Ziffer 1.4 BVB fällt.

- Versichert ist auch die gesetzliche Haftung
 - aus der heil- und paramedizinischen Tätigkeit bei Notfall-Hilfeleistungen, und zwar ohne Rücksicht auf die Art der eigentlich versicherten Tätigkeit;
 - aus der Abgabe von Rezepten (in teilweiser Abänderung von B 4.22 AVB) und komplementärmedizinischer Heilmittel;
 - aus der Beschäftigung eines Stellvertreters sowie die persönliche Haftung desselben;
 - aus der Tätigkeit als Dozent, Lehrer, Ausbilder und Prüfungsexperte.

Nicht versichert sind Ansprüche aus Schäden infolge von Tätigkeiten der Versicherten, die am Ort der Ausübung gesetzlich oder behördlich nicht erlaubt sind.

2. Geschäftsreisen

Versichert ist in Ergänzung von C 4 AVB die Haftung der Versicherten im Zusammenhang mit

- Geschäftsreisen (wie Besuch von Messen, Kongressen, Schulungen);
- der Tätigkeit als Referent;
- der Organisation und Durchführung von Kursen und Schulungen, sofern diese in Europa durchgeführt werden. **Nicht versichert** ist die Haftung als Reiseveranstalter im Sinne des Pauschalreisegesetzes.

3. Örtliche Geltung

In teilweiser Abänderung von B 3 AVB gilt:

Die Versicherung ist gültig für Schäden, die in der Schweiz verursacht werden und in der ganzen Welt eintreten.

Bei Notfall-Hilfeleistungen (Ziff. 1.1 hiervor) und bei Geschäftsreisen sind auch Schäden versichert, die ausserhalb der Schweiz verursacht werden.

4. **Allgemeine Ausschlüsse**

Nicht versichert sind in Ergänzung von B 4 AVB

- Ansprüche im Zusammenhang mit dem Umgang von Arzneimitteln bzw. Medizinprodukten, wenn dieser Umgang
 - universitären MedizinerInnen vorbehalten ist;
 - mit der Heilmittelgesetzgebung nicht konform ist.Als Umgang gelten insbesondere die Herstellung von, der Handel mit, die Verwendung, die Verschreibung oder die Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
- bei im Voraus geplanten Behandlungen und Eingriffen (Wahlbehandlungen) Ansprüche aus Schäden, die nach US- oder kanadischem Recht beurteilt oder vor dortigen Gerichten geltend gemacht werden;
- Ansprüche im Umfang des Betrags, welcher der Höhe des Honorars des Versicherten in derjenigen Angelegenheit entspricht, anlässlich welcher die haftpflichtbegründende Handlung oder Unterlassung erfolgt ist;
- Ansprüche von Dritten, welche den Versicherten in einem arbeitsvertraglichen oder beamtenrechtlichen Verhältnis beschäftigen;
- Ansprüche aus der Tätigkeit in einem Krankenhaus, soweit die Tätigkeit aufgrund eines arbeitsvertraglichen oder beamtenrechtlichen Verhältnisses zu diesem ausgeübt wird;
- Aus medizinischer Tätigkeit, invasiver Tätigkeit, Geistheilung (gilt nicht für SVNH-Mitglieder und SRMHC-A.-Mitglieder), Hypnose, Atlaslogie, Vitalogie, der Anwendung nicht-natürlicher Heilverfahren, der Abgabe von Medikamenten und Produkten menschlichen Ursprungs;
- Aus der Haftpflicht als Reiseveranstalter nach schweizerischem Pauschalreisegesetz (PauRG);
- Schäden wegen Geschlechtskrankheiten, AIDS/HIV, Hepatitis und/oder der Übertragung derselben.

5. **Vermögensschäden aus der Heiltätigkeit**

Versichert ist die gesetzliche Haftpflicht für Vermögensschäden aus der heil- und paramedizinischen Tätigkeit (z.B. wegen Heilungsverzögerungen durch fehlerhafte Massnahmen, Abgabe unrichtiger Zeugnisse oder Gutachten).

Nicht versichert sind jedoch Forderungen wegen unwirtschaftlicher Leistungen (Überarztung) sowie Forderungen im Zusammenhang mit Informationen über Versicherungen.

Diese Deckungserweiterung hat für SRMHC-A.-Mitglieder keine Gültigkeit.

6. **Grobfahrlässigkeit - Verzicht auf Einrede**

Hat der Versicherte ein Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt, verzichtet die AXA auf das ihr gemäss Art. 14 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes zustehende Recht, ihre Leistungen zu kürzen.

Dies gilt jedoch **nicht** bei Ereignissen, die im ursächlichen Zusammenhang stehen mit der Einwirkung von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

7. Kundenakten

Versichert sind in Abänderung von B 4.5 AVB Ansprüche aus der Zerstörung, der Beschädigung oder dem Verlust von Kundenakten, die ein Versicherter zu Analyse-, Berechnungs-, Expertise- oder ähnlichen Zwecken übernommen hat.

Die Leistungen der AXA bleiben auf denjenigen Teil der Entschädigung beschränkt, der über den Deckungsumfang (bezüglich Summen oder Bedingungen) einer anderen Versicherung (z.B. Sachversicherung) hinausgeht, die für denselben Schaden grundsätzlich leistungspflichtig ist (Differenzdeckung).

8. Schadenbehandlung und Rechtsschutz innerhalb des Selbstbehalts bei Personenschäden

In teilweiser Abänderung von D 2.1 und D 4-1 AVB übernimmt die AXA die Schadenbehandlung sowie die Abwehr unberechtigter Ansprüche (Rechtsschutz) für Personenschäden, wenn die Ansprüche innerhalb des vereinbarten Selbstbehalts liegen.

Allfällige damit verbundene externe Kosten wie Expertise-, Anwalts-, Gerichts-, Schiedsgerichts- und Vermittlungskosten sowie Parteientschädigungen gehen zu Lasten des Versicherten.

2. Zeitliche Geltung (Anspruchserhebung) und Leistungen**1. Zeitliche Geltung**

In teilweiser Abänderung von B 2 AVB gilt:

- 1.1. Versichert sind Ansprüche, die während der Vertragsdauer erhoben werden.
- 1.2. Als Zeitpunkt der Anspruchserhebung gilt derjenige, in welchem ein Versicherter erstmals von Umständen Kenntnis erhält, nach denen mit hoher Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden muss, dass ein Anspruch gegen ihn oder einen anderen Versicherten erhoben werde, spätestens jedoch, wenn ein Anspruch mündlich oder schriftlich geltend gemacht wird.
- 1.3. Die in Ziff. 1.2 hiervoor erwähnten Umstände sind der AXA ebenfalls unverzüglich anzuzeigen unter Angabe des Ortes und des Zeitpunkts an bzw. in welchem diese Umstände eingetreten sind, sowie der Gründe, die zu einem Anspruch führen könnten.

Nach Vertragsaufhebung bzw. Wegfall des Versicherungsschutzes ist ein solcher mutmasslicher Anspruch nur versichert, sofern er innerhalb von 60 Monate nach der Meldung bei der AXA tatsächlich gegen einen Versicherten erhoben wird. Bei Ansprüchen aus einem Serienschaden ist die Meldung der Umstände im Zusammenhang mit dem ersten zur Serie gehörende Schaden massgebend.

- 1.4. Sämtliche Ansprüche aus Schäden eines Serienschadens (A 2.5 AVB) gelten als in dem Zeitpunkt erhoben, in welchem der erste Anspruch gemäss Ziff. 1.2 hiervoor erhoben wurde bzw. die Umstände gemäss Ziff. 1.2 hiervoor der AXA angezeigt wurden (Ziff. 1.3 hiervoor).
- 1.5. Ansprüche aus einem vor dem erstmaligen Vertragsbeginn verursachten Schaden oder Serienschaden sind nur versichert, wenn der Versicherte glaubhaft darlegt, dass er bei Vertragsbeginn
 - von einer Handlung oder Unterlassung
 - von der Mangel- oder Fehlerhaftigkeit der hergestellten oder gelieferten Sachen, welche die Haftpflicht eines Versicherten begründen könnte, keine Kenntnis hatte. Dies gilt sinngemäss auch in Bezug auf Änderungen der vertraglichen Bestimmungen (inkl. Summen- oder Selbstbehaltregelungen) während der Vertragsdauer oder bei Vertragserneuerung.
- 1.6. Besteht eine Vorversicherung, die für denselben Schaden oder Serienschaden leistungspflichtig ist, sind die Leistungen der AXA auf denjenigen Teil der Entschädigung beschränkt, der über die

Versicherungssumme bzw. Sublimite der Vorversicherung hinausgeht (Summendifferenzdeckung). Die Versicherungssumme bzw. Sublimite der Vorversicherung wird von der Versicherungssumme bzw. der Sublimite gemäss Police in Abzug gebracht.

- 1.7. Bei Vertragsaufhebung infolge Aufgabe des versicherten Betriebes (**ausgenommen bei Konkurs**) oder bei Tod des Versicherungsnehmers sind auch Ansprüche versichert, welche erst nach Vertragsende und vor Ablauf der gesetzlichen Verjährungsfristen erhoben werden. Ansprüche, die während dieser Nachrisikoversicherung erhoben werden und nicht zu einem Serienschaden gehören, gelten als am Tag des Vertragsendes erhoben. **Nicht versichert** sind Ansprüche aus Schäden, die nach Vertragsende verursacht wurden.
- 1.8. Treten Versicherte aus dem Kreis der versicherten Personen aus, besteht für ihre vor dem Austritt begangenen haftpflichtbegründenden Handlungen oder Unterlassungen noch längstens bis zum Vertragsende Versicherungsschutz; bei Vertragsaufhebung gemäss Ziff. 1.7 hiervor zusätzlich während der Dauer der entsprechenden Nachrisikoversicherung. Dasselbe gilt sinngemäss bei Ausschluss von mitversicherten Betrieben/Betriebsteilen oder Aufgabe von Tätigkeiten.

2. Versicherte Leistungen

D 1.3.2 und D 1.3.3 AVB werden durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- 2.1. Die Versicherungssumme von CHF 5 Mio. (bzw. Sublimite) gilt als Zweifachgarantie pro Versicherungsjahr und pro Versicherte, d.h. sie wird für alle Ansprüche aus Schäden und Kosten, die im gleichen Versicherungsjahr erhoben werden, höchstens zweimal vergütet.
- 2.2. Pro Jahr ist die Versicherungssumme für alle Versicherten zusammen auf Maximum CHF 50 Mio. beschränkt.
- 2.3. Die Leistungen richten sich nach den vertraglichen Bestimmungen (inkl. Summen- oder Selbstbehaltregelungen), die im Zeitpunkt der Anspruchserhebung gemäss Ziff. 1.2 hiervor gültig waren.

3. Vertragsdauer

E 1.1 AVB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

1. Beginn und Ablauf sind auf dem Antrag und der Police aufgeführt. Die Leistungspflicht der AXA beginnt mit der Einlösung des Vertrages durch Zahlung der Prämie, sofern nicht auf einen früheren Zeitpunkt Deckungszusage abgegeben, der Vertrag ausgehändigt oder im Vertrag ein späterer Beginn festgelegt worden ist.
2. Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungszusage kann die AXA den Antrag schriftlich ablehnen. Lehnt sie ab, erlischt der Versicherungsschutz 3 Tage nach dem Eintreffen der Mitteilung beim Versicherungsnehmer. Für die Dauer des Vertrags ist die Prämie anteilmässig geschuldet.
3. Beantragt der Versicherungsnehmer eine Ausdehnung des Vertrags, finden Abs. 1 und 2 hiervor für das neu hinzukommende Risiko sinngemäss Anwendung.
4. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf des Versicherungsjahrs (=Kalenderjahr 31.12.) nicht stillschweigend. Eine neue Vertragsdauer gültig bis Ende Kalenderjahr beginnt bei nach erneutem Vertragsabschluss im Sinne von Ziff. 1 hiervor.

4. Prämienzahlung

E 5.2 AVB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

1. Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt. Die Erst- bzw. Teilprämien werden bei Vertrags- bzw. Änderungsbeginn zur Zahlung fällig.
2. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, so erstattet die AXA die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, nicht zurück. Diese Regelung gilt nicht, sofern die AXA den Vertrag im Schadenfall kündigt.

5. Mitteilungen

Die Versicherten sind verpflichtet, alle ihnen obliegenden Mitteilungen schriftlich an die im Vertragsspiegel bezeichnete Geschäftsstelle oder an den schweizerischen Sitz der Gesellschaft zu richten.

6. Nur aufgrund besonderer Vereinbarung versichert (gemäss Antrag):

1. Einschluss zusätzliche Tätigkeiten gemäss Antrag

- a. Psychologie, -therapie;
- b. Physiotherapie/-praktik, Massage (medizinische), Osteopathie, Heilgymnastik, Elektrotherapie, Ergotherapie (unter Ausschluss jeglicher Manipulationen am Bewegungsapparat);
- c. Wirbelsäulentherapie (ohne Manipulationen);
- d. Ernährungsberatung;
- e. Akupunktur;
- f. Logopädie;
- g. Hebamme;
- h. Krankenpflege, Hauspflege;
- i. Chiropraktik (bzw. Physiotherapie/-praktik mit Manipulationen am Bewegungsapparat).

2. Einschluss Optionenpaket gemäss Antrag

a. Unfälle von Patienten und Besuchern

Versichert sind, zusätzlich zu allfälligen Haftpflichtansprüchen, Unfälle von Patienten oder Besuchern, die sie während Aufenthalten in den Betriebsstätten des Versicherungsnehmers erleiden.

1. Unfalldefinition

Versichert sind Unfälle gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), nicht jedoch Berufskrankheiten sowie Unfälle anlässlich von Vergehen, Verbrechen oder kriegerischer Vorfälle.

2. Heilungskosten

Versichert sind in Ergänzung zum UVG oder KVG die von diesen Versicherungen nicht übernommenen Kosten, die medizinisch notwendig sind für

- 2.1. Spitalaufenthalte in der ganzen Schweiz in der allgemeinen Abteilung;
- 2.2. Miete, erstmalige Anschaffung oder Reparatur von Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparaten, orthopädische Hilfsmitteln, Krankmobilen (wie Krücken, Stützen), Prothesen;
- 2.3. Transporte des Verunfallten mit angemessenen Mitteln;
- 2.4. Such- und Rettungsaktionen bis CHF 10'000;
- 2.5. Aktionen zur Bergung und Heimschaffung der Leiche;

sowie die Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen, Franchisen und Unterhaltskostenabzüge.

Für Patienten oder Besucher, die weder UVG noch KVG unterstellt sind, werden diese medizinisch notwendigen Kosten sowie Spitalaufenthalte (im Rahmen der allgemeinen Abteilung) erbracht, abzüglich der Leistungen anderer Kranken- und Unfallversicherungen.

3. **Invalidität**

Bei voraussichtlich bleibender Invalidität werden prozentuale Leistungen des Invaliditätskapitals (CHF 20'000) erbracht. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich dabei nach den Regeln der Integritätsentschädigung gemäss UVG.

4. **Tod**

Im Todesfall wird das Todesfallkapital (CHF 10'000) erbracht, bei Personen unter 16 Jahren jedoch höchstens CHF 5'000. Die Zahlung an die Hinterbliebenen erfolgt gemäss Erbfolge.

5. **Unfallfremde Ursachen**

Ist der Unfall nur teilweise Ursache von Invalidität oder Tod, werden die Leistungen im Verhältnis der Anteile der unfallbedingten zu den unfallfremden Ursachen erbracht.

6. **Selbstbehalt**

Der Versicherte hat keinen Selbstbehalt zu tragen.