

Kollektiv Berufshaftpflicht für Mitglieder des FSP Besondere Vertragsbedingungen (BVB)

Pol.- Nr. 3.226.659

1. Versichertes Risiko

- a) Psychologin / Psychologe
- b) Psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Therapeut
- c) Mediationen der Versicherten im Bereich der Psychologie, Soziologie, Pädagogik sowie bei Trennungs- und Scheidungsvereinbarungen, jedoch ohne jegliche finanzielle Beratung oder Moderation;
- d) Outdoortraining;
- e) Im Auftrag Dritter als Delegierter/Delegierte übernommene versicherte Tätigkeiten.

2. Versicherte Personen

Versichert ist in Ergänzung von A 2.9 AVB die gesetzliche die Haftpflicht:

- der FSP-Mitglieder, sofern diese die entsprechende Prämie bezahlt haben;
- des Stellvertreters der versicherten Mitglieder aus ihren beruflichen Verrichtungen für den versicherten Praxisbetrieb;
- der Arbeitnehmer der Versicherten (Laborantin, Praxisassistentin, Empfangsfrau, Sekretärin) aus ihren beruflichen Verrichtungen für den versicherten Praxisbetrieb.

3. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- a. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Bezahlung der Prämie für das jeweilige Versicherungsjahr an den FSP, sofern kein späterer Termin vereinbart wurde, und endet per 31.12. des entsprechenden Jahres.
- b. Für die Versicherten beginnt ein Versicherungsjahr jeweils per 1.1.. Möchte sich ein Verbandsmitglied unter dem Jahr versichern, so hat es dennoch die volle Jahresprämie zu entrichten. Tritt ein Mitglied nach dem 30.6. der Versicherung bei, so sind noch 50 % der Jahresprämie geschuldet.

4. Umfang des Versicherungsschutzes

4.1. Versichertes Risiko und versicherte Haftpflicht

B 1.1 AVB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

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

- Tötung, Körperverletzung oder anderen Gesundheitsschädigung von Personen (Personenschäden);
- Zerstörung, Beschädigung oder Verlusts von Sachen (Sachschäden).

Den Schäden an Sachen gleichgestellt sind Tötung, Verletzung oder sonstige Gesundheitsschädigung sowie Verlust von Tieren.

Die Funktionsbeeinträchtigung einer Sache ohne deren Substanzbeeinträchtigung gilt nicht als Sachschaden.

Unter das versicherte Risiko (heil- und paramedizinische Tätigkeit) fallen nur Standorte des versicherten Betriebs (wie Zweigniederlassungen, Betriebsstätten usw.) in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein.

Versichert ist auch die Haftpflicht

- a. aus der heil- und paramedizinischen Tätigkeit bei Notfall-Hilfeleistungen, und zwar ohne Rücksicht auf die Art der eigentlich versicherten Tätigkeit;
- b. aus der Abgabe von Rezepten (in Abänderung von B 4.22 AVB) und komplementärmedizinischer Heilmittel;
- c. aus der Tätigkeit als Dozent, Lehrer, Ausbilder und Prüfungsexperte;
- d. aus der heil- und paramedizinischen Tätigkeit ausserhalb der Praxis, z.B. in der schweizerischen Armee, im schweizerischen Zivildienst, in der Feuerwehr, im Rotkreuzdienst, anlässlich von Veranstaltungen, soweit kein anderer Haftpflichtversicherungsschutz besteht;
- e. anlässlich von humanitären Einsätzen im Ausland, z.B. für international tätige Hilfsdienste oder für die UNO, soweit ein solcher Einsatz nicht länger als ein Jahr dauert und kein anderweitiger Haftpflichtversicherungsschutz besteht;
- f. aus der Betreuung von Sportlern und Expeditionsteilnehmern;
- g. aus der Beschäftigung eines Stellvertreters sowie die persönliche Haftpflicht desselben;
- h. aus der Beschäftigung von Medizinstudenten, die beim Versicherungsnehmer ein Praktikum absolvieren;
- i. aus der Behandlung durch Schock.

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

4.2. Vermögensschäden aus der Heiltätigkeit

Versichert ist die gesetzliche Haftpflicht für Vermögensschäden aus heil- und paramedizinischer 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.

4.3. Geschäftsreisen

Versichert ist in Ergänzung von C 4 AVB die Haftpflicht 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 Haftpflicht als Reiseveranstalter im Sinne des Pauschalreisegesetz.

4.4. Örtliche Geltung

In Abänderung von B3 AVB gilt:

Die Versicherung ist gültig für Schäden, die in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein verursacht werden und in der ganzen Schweiz eintreten.

Bei vorübergehenden Aufenthalten zur Aus- und Weiterbildung, Geschäftsreisen, Notfall-Hilfeleistungen, humanitären Einsätzen und bei der Betreuung von Sportlern und Expeditionsteilnehmern sind auch Schäden versichert, die ausserhalb der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein verursacht werden.

4.5. 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.

4.6. Grobfahrlässigkeit – Verzicht auf die 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.

4.7. Kundenunfallversicherung

1. **Versicherte Unfälle**

Versichert sind Unfälle von Kunden oder Besuchern, die sie während Aufenthalt auf den Betriebsstätten des Versicherungsnehmers erleiden oder ausserhalb, solange sie sich in offizieller Begleitung von Versicherten befinden.

2. **Unfalldefinition**

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

3. **Heilungskosten**

Die AXA bezahlt für Heilungskosten nur den Teil der Leistungen, den die Sozialversicherungen (z.B. KVG, UVG oder entsprechende, ausländische Versicherungen) nicht zu bezahlen haben. Vom KVG-Versicherer geltend gemachte Franchisen, Selbstbehalte und Gebühren bezahlt die AXA nicht.

Versichert sind - in Ergänzung zu Sozialversicherungsleistungen – die Kosten von

- ambulanten Behandlungen durch den (Zahn-)Arzt oder auf dessen ärztliche Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson;
- vom (Zahn-)Arzt verordnete Arzneimittel und Analysen;
- Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in einem Spital in der ganzen Schweiz in der allgemeinen Abteilung;
- Krankenpflege zu Hause (Spitex) gemäss KLV Art. 7 während maximal 180 Tagen;
- ärztlich verordneten Nach- und Badekuren;
- Mitteln und Gegenstände gemäss KLV Art. 20
- Reisen, Transporte, Suchaktionen zur Rettung oder Bergung der verunfallten Person, die Rettungsaktion bzw. die Aktion zur Bergung und Heimschaffung der Leiche in der Höhe von insgesamt maximal CHF 50'000 pro Person.

Die Leistungen müssen wissenschaftlich anerkannt und medizinisch notwendig sein.

4. **Invalidität**

Führt der Unfall zu einer dauernden erheblichen Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, werden prozentuale Leistungen des Invaliditätskapitals gemäss Police erbracht. Die Bemessung des Invaliditätsgrades richtet sich dabei nach den Regeln der Integritätsentschädigung nach UVG.

Ist die Person zur Zeit des Unfalls 70 Jahre oder älter, bezahlt die AXA ein Kapital von maximal CHF 50'000.

5. Tod

Die AXA bezahlt im Todesfall das in der Police aufgeführte Todesfallkapital. Die Zahlung erfolgt an die Hinterlassenen nach Erbfolge. Sind keine Hinterlassenen vorhanden, bezahlt die AXA die Bestattungskosten bis maximal CHF 20'000.

Für Personen bis 12 Jahren und über 70 Jahren beträgt die Todesfalleistung CHF 20'000.

Ein allfällig erbrachtes Invaliditätskapital wird an das Todesfallkapital angerechnet.

6. Mitwirkung unfallfremder Ursachen

Ist der Unfall nur teilweise die Ursache der Invalidität oder des Todes, bezahlt die AXA nur einen entsprechenden Teil der Leistungen. Dieser wird aufgrund eines ärztlichen Gutachtens bestimmt.

7. Anrechnung von Leistungen

Leistungen aus dieser Kundenunfallversicherung werden auf für dasselbe Ereignis von der AXA zu erbringende Leistungen aus Haftpflichtversicherungen angerechnet.

4.8. Vermögensschäden wegen Datenschutzverletzungen

Versichert ist auch die gesetzliche Haftpflicht der im versicherten Betrieb tätigen Personen, sofern diese voll-oder teilzeitbeschäftigt sind und zu diesem im arbeitsrechtlichen Verhältnis stehen, in Verrichtung dienstlicher Tätigkeiten für Vermögensschäden aus Persönlichkeitsrechtsverletzungen wegen Verstössen gegen datenschutzrechtliche Vorschriften.

Nicht versichert sind jedoch Ansprüche

- a. aus einem Verfahren zur Gewährung des Rechts auf Einsicht in Daten, Berichtigung oder Vernichtung von Daten;
- b. aus der Bearbeitung, Berichtigung, Vernichtung von Daten oder Einsichtnahme in Daten;
- c. aus verstümmelten, unrichtigen oder falschen Übermittlungen von Mitteilungen bzw. Auskünften;
- d. aus Schäden, die anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen verursacht werden;
- e. aus grobfahrlässig herbeigeführten Schäden.

4.9. Allgemeine Ausschlüsse

Nicht versichert sind in Ergänzung von B 4 AVB

- a. Ansprüche im Zusammenhang mit dem Umgang von Arzneimitteln und Medizinprodukten, wenn dieser Umgang
 - universitären Medizinern 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;
- b. 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;
- c. 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;

- d. Ansprüche von Dritten, welche den Versicherten in einem arbeitsvertraglichen oder beamtenrechtlichen Verhältnis beschäftigen;
- e. Ansprüche aus der Tätigkeit in einem Krankenhaus, soweit die Tätigkeit aufgrund eines arbeitsvertraglichen oder beamtenrechtlichen Verhältnisses zu diesem ausgeübt wird.

5. Zeitliche Geltung (Anspruchserhebung) und Leistungen

5.1. Zeitliche Geltung

In Abänderung von B 2 AVB gilt:

1. Versichert sind Ansprüche, die während der Vertragsdauer erhoben werden.
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.
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.

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).
5. Ansprüche aus einem vor dem erstmaligen Vertragsbeginn verursachten Schaden oder Serienschaden sind nur versichert, wenn der Versicherungsnehmer 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 Selbstbehaltsregelungen) während der Vertragsdauer oder bei Vertragserneuerung.
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.
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.

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.

5.2. Versicherte Leistungen

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

1. Die Versicherungssumme (bzw. Sublimite) gilt als Einmalgarantie pro Versicherungsjahr und Mitglied d.h. sie wird für alle Ansprüche aus Schäden und Kosten, die im gleichen Versicherungsjahr gegen das gleiche Mitglied erhoben werden, höchstens einmal vergütet.

Die Leistungen der AXA für die Gesamtheit aller Ansprüche aus Schäden und Kosten, die im gleichen Versicherungsjahr erhoben werden, sind pro Versicherungsjahr auf CHF 50'000'000 für alle Mitglieder zusammen, begrenzt.

2. Die Leistungen richten sich nach den vertraglichen Bestimmungen (inkl. Summen- oder Selbstbehaltsregelungen) die im Zeitpunkt der Anspruchserhebung gemäss Ziff. 1.2 hiervor gültig waren.