



Einzelunfall

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe Juli 2017

**Gerne beraten wir Sie
bei Ihrem Anliegen.**

Rufen Sie uns an:

044 267 61 61

Ihr Vertragspartner

Vertragspartner ist die Branchen Versicherung Genossenschaft (nachfolgend Branchen Versicherung genannt), Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich.

Im Internet finden Sie uns unter: www.branchenversicherung.ch

Inhaltsverzeichnis

Ihr Vertragspartner	2
Versicherte Personen	5
Art. 1 Versicherte Personen	5
Deckungsumfang	5
Art. 2 Umfang des Versicherungsschutzes	5
Art. 3 Leistungspflicht	5
Art. 4 Heilungskosten	5
4.1 Heilbehandlung	5
4.2 Hilfe und Pflege zu Hause	6
4.3 Hilfsmittel	6
4.4 Reise- und Transportkosten	6
4.5 Rettungs- und Bergungskosten	6
4.6 Dauer der Heilungskosten-Leistungen	6
4.7 Rückfall	6
Art. 5 Taggeld	7
5.1 Rückfall	7
Art. 6 Invalidität	7
6.1 Bemessung des Invaliditätsgrades	7
6.2 Vorbestandene Beeinträchtigungen	8
6.3 Ermittlung der Invaliditätsentschädigung	8
6.4 Zeitpunkt der Ausrichtung der Invaliditätsentschädigung	8
Art. 7 Todesfall	9
7.1 Verrechnung Invaliditätsauszahlung mit Todesfallsumme	9
Art. 8 Zusätzliche Leistungen im Invaliditäts- oder Todesfall	9
Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht	9
Art. 9 Von der Versicherung sind ausgeschlossen	9
Art. 10 Grobfahrlässige Herbeiführung des Unfalles	10
10.1 Kürzungen	10
10.2 Kürzung beim Todes- oder Invaliditätsfall unter besonderen Umständen	10
Art. 11 Kürzung bei Todesfall	10
Art. 12 Kürzung bei unfallfremden Faktoren	10
Art. 13 Entschädigung bei Leistungsverweigerung	10
Allgemeine Bestimmungen	10
Art. 14 Versicherungsort	10
Art. 15 Beginn und Dauer der Versicherung	10
Art. 16 Prämien	11
Art. 17 Anrechnung auf Haftpflicht-Ansprüche	11
Schadenfall	11
Art. 18 Frist für die Anmeldung von Unfällen	11
Art. 19 Pflichten des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder Anspruchsberechtigten	12

Art. 20	Verletzung von Obliegenheiten	12
Art. 21	Versicherungsverhältnis nach dem Schadenfall	12

Verschiedenes		12
Art. 22	Mitteilungen an den Versicherer	12
Art. 23	Gerichtsstand	12
Art. 24	Anwendbares Recht	12
Art. 25	Grundlagen des Vertrages	12

Abkürzungen

AVIG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge
EOG	Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

Versicherte Personen

Art. 1 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police namentlich aufgeführten Personen.

Deckungsumfang

Art. 2 Umfang des Versicherungsschutzes

Ihren Versicherten gewährt die Branchen Versicherung Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten. Die Heilungskostenversicherung gilt dabei als ergänzende Summenversicherung zu allfälligen anderen Leistungsträgern.

Art. 3 Leistungspflicht

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkungen Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind:

- Knochenbrüche
- Verrenkungen von Gelenken
- Meniskusrisse
- Muskelrisse
- Muskelzerrungen
- Sehnenrisse
- Bandläsionen
- Trommelfellverletzungen

Als Berufskrankheiten gelten alle Erkrankungen, die nachweislich ausschliesslich durch die berufliche Tätigkeit des Versicherten hervorgerufen werden.

Voraussetzung für die Leistungspflicht der Branchen Versicherung ist, dass das schädigende Ereignis in die Vertragsdauer fällt. Für die Leistungspflicht bei Berufskrankheiten muss ein aktiver Vertrag vorliegen und die vor ihrem Ausbruch letztmals erfolgte Gefährdung in der Vertragsdauer liegen.

Art. 4 Heilungskosten

Die Branchen Versicherung übernimmt die nachfolgend aufgeführten Kosten in Ergänzung zum UVG oder zur Krankenkasse für:

4.1 Heilbehandlung

Innerhalb von fünf Jahren seit dem Unfalltag die Kosten der Behandlung durch Arzt, Zahnarzt und Chiropraktiker, für Medikamente und physikalische Behandlung, soweit diese durch den Arzt verschrieben werden, Behandlung und Verpflegung im Spital bei ärztlich angeordneten Kuren, soweit diese mit unserer Zustimmung durchgeführt werden. Die Branchen Versicherung ist nur insoweit zum Ersatz verpflichtet, als von der Behandlung eine Besserung der Unfallfolgen erwartet werden kann.

Die Leistungen der Branchen Versicherung für Heilbehandlung stellen eine ergänzende Summenversicherung dar. Die Branchen Versicherung hat daher für Heilungskosten nur insoweit einzustehen, als diese nicht von einem ersatzpflichtigen privaten Unfallversicherer, einer Krankenkasse bzw. einer ihrer Tochtergesellschaften, einer öffentlichen Unfall- oder Sozialversicherung (UVG-Versicherer; IV; Militärversicherung etc.) oder einem haftpflichtigen Dritten vergütet werden bzw. entschädigt werden

müssen. Bei Spitalaufenthalt wird der durch das UVG auf dem Taggeld vorgesehene Abzug für Unterhaltskosten entschädigt. Nicht versichert sind Franchisen, Gebühren und Selbstbehalte (vgl. Art. 64, Abs. 8 KVG).

Kürzt oder verweigert die obligatorische Unfallversicherung (UVG) ihre Leistungen infolge schuldhafter Herbeiführung des Unfalles, aussergewöhnlicher Gefahren oder Wagnisse, so kommt diese Einzelunfallversicherung für diesen Teil nicht auf. Sollte zum Zeitpunkt des Schadenereignisses keine Heilungskostendeckung für das Unfallrisiko bei einer Krankenkasse bzw. einer ihrer Tochtergesellschaften oder irgendeiner privaten oder öffentlichen Versicherung bestehen oder lehnen diese die Zahlung ihrer Leistungen ab (z.B. mangels Prämienzahlung, Aufhebung des Vertrages usw.), so übernimmt die Branchen Versicherung höchstens 60% der versicherten Heilungskosten.

4.2 Hilfe und Pflege zu Hause

Die Aufwendungen für die Hilfe im Haushalt und medizinische Pflege zu Hause werden übernommen, wenn sie ärztlich angeordnet sind und fachgerecht ausgeführt werden.

Für die Hilfe im Haushalt ist die Leistung auf maximal 60 Tagesansätze zu CHF 60.00 pro Unfallereignis begrenzt.

4.3 Hilfsmittel

Die erstmalige Anschaffung von Hilfsmitteln, die körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen, ebenso deren Reparatur.

Für Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Anspruch nur, wenn eine behandlungsdürftige Körperschädigung vorliegt.

4.4 Reise- und Transportkosten

Die in Zusammenhang mit der Behandlung von Unfallfolgen entstehenden Transportkosten, in der Regel diejenigen öffentlicher Verkehrsmittel. Transporte mit Luftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind.

4.5 Rettungs- und Bergungskosten

Versichert sind die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung des Versicherten unternommenen Rettungs- und Suchaktionen sowie die Bergung und Heimschaffung eines tödlich Verunfallten. Der Kostenansatz hierfür ist auf insgesamt CHF 20 000.00 begrenzt.

4.6 Dauer der Heilungskosten-Leistungen

Vorbehältlich der Einschränkungen bei den Bergungs- und Rettungskosten übernehmen die Branchen Versicherung die Heilungskosten nur insoweit, als diese nicht bereits von einem privaten Unfallversicherer, einem haftpflichtigen Dritten oder einem Sozialversicherer (vgl. Art. 4.1. AVB) entschädigt worden sind. Die Heilungskostenversicherung stellt eine ergänzende Summenversicherung mit nachrangiger Leistungspflicht der Branchen Versicherung dar. Ein Anspruch auf Heilungskosten entfällt nach Ablauf von 5 Jahren, jedenfalls mit der Festsetzung der Invaliditätsentschädigung und deren Auszahlung (vgl. Art. 4.7 AVB).

4.7 Rückfall

Wird die versicherte Person wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen erneut behandlungsbedürftig, so steht ihr erneut ein Anspruch auf Heilungskostenersatz aus dieser Versicherung zu. Diese Deckung gilt während 10 Jahren ab dem Unfalldatum.

Art. 5 Taggeld

Das vereinbarte Taggeld wird gemäss Grad und Dauer der durch den Arzt attestierten Arbeitsunfähigkeit während der notwendigen ärztlichen Behandlung ausgerichtet. Die Leistungspflicht der Branchenversicherung beginnt nach der ersten ärztlichen Behandlung unter Berücksichtigung der vereinbarten Wartefrist und dauert höchstens 1095 Tage, längstens jedoch bis zur Festsetzung der Invaliditätsentschädigung und deren Auszahlung.

5.1 Rückfall

Wird die versicherte Person wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen in höherem Mass arbeitsunfähig als zuvor, so steht ihm erneut ein Anspruch auf Taggeld aus dieser Versicherung zu. Das Taggeld entspricht der Differenz in Prozenten zwischen der durch den Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit und dem allenfalls früher errechneten Invaliditätsgrad. Diese Deckung gilt während 10 Jahren ab dem Unfalldatum und umfasst eine Leistung von höchstens 1095 Taggeldern für denselben Unfall.

Art. 6 Invalidität

Erleidet die versicherte Person als Folge des Unfalles einen bleibenden Nachteil, so entrichtet die Branchenversicherung ein Invaliditätskapital. Dieses wird aus dem Invaliditätsgrad einerseits und der vereinbarten Versicherungssumme andererseits ermittelt.

6.1 Bemessung des Invaliditätsgrades

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die nachstehenden Grundsätze verbindlich:

▪ Verlust des Armes im Schultergelenk	60 bzw. 75 %
▪ Verlust des Vorderarmes	55 bzw. 70 %
▪ Verlust der Hand	50 bzw. 60 %
▪ Verlust des Daumens mit Mittelhandglied	20 bzw. 25 %
▪ Verlust des Daumens, Mittelhandglied erhalten	18 bzw. 22 %
▪ Verlust des vordersten Gliedes des Daumens	7 bzw. 10 %
▪ Verlust des Zeigefingers	12 bzw. 15 %
▪ Verlust des Mittel- oder Ringfingers	10 %
▪ Verlust des Kleinfingers	6 %

Für Invaliditäten im Bereich von Arm und Hand gelten die niedrigen Ansätze für die Nicht-Gebrauchshand, die höheren für die Gebrauchshand.

▪ Verlust eines Beines im Hüftgelenk	60 %
▪ Verlust eines Beines im Knie und darunter	50 %
▪ Verlust eines Fusses	40 %
▪ Verlust einer grossen Zehe	8 %
▪ Verlust einer anderen Zehe	3 %
▪ Verlust der Sehkraft eines Auges	30 %
▪ Vollständige Blindheit	100 %
▪ Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15 %
▪ Verlust des Gehörs beider Ohren (vollständige Taubheit)	60 %
▪ Verlust einer Niere	20 %
▪ Verlust der Milz	5 %
▪ Verlust des Geruchssinnes	15 %
▪ Verlust des Geschmackssinnes	15 %
▪ Dauernde Nerven- und Gefässstörungen	im Maximum 30 %
▪ Paraplegie	90 %
▪ Tetraplegie	100 %

Bei anderer Art Beeinträchtigung der körperlichen Integrität erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrades durch den Arzt in Anlehnung an die angeführten Prozentsätze.

Sind mehrere Körperteile oder Organe dauernd beeinträchtigt, so werden die Prozentsätze zusammengezählt; der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.

6.2 Vorbestandene Beeinträchtigungen

War die versicherte Person vor dem Unfall bereits in irgendeiner Art, sei es durch einen früheren Unfall oder durch Krankheit, beeinträchtigt, leistet die Branchen Versicherung ein Invaliditätskapital das der Differenz zwischen den Invaliditätssummen, wie sie sich nach diesem Vertrag aufgrund der Invaliditätsgrade vor und nach dem versicherten Ereignis ergeben, entspricht.

6.3 Ermittlung der Invaliditätsentschädigung

Liegt der ermittelte Invaliditätsgrad unter 26% so entspricht die Entschädigung diesem Prozentsatz der Versicherungssumme.

Für Invaliditäten von mehr als 25% ergibt sich folgende Entschädigungsskala:

Invalidität in %	Entschädigung in %	Invalidität in %	Entschädigung in %	Invalidität in %	Entschädigung in %
26	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

Diese Skala gilt nicht für Entschädigungen an Versicherte, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 60. Altersjahr zurückgelegt hatten; ihnen steht eine dem Prozentsatz der ermittelten Invalidität entsprechende Entschädigung zu.

6.4 Zeitpunkt der Ausrichtung der Invaliditätsentschädigung

Die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht zu dem Zeitpunkt, da von weiteren ärztlichen Massnahmen keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten ist, spätestens 5 Jahre nach dem Unfall.

Art. 7 Todesfall

Tritt als Folge eines versicherten Unfalles der Tod ein, so bezahlt die Branchen Versicherung das vereinbarte Todesfallkapital. Bezugsberechtigt sind nacheinander folgende Personen:

- Der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin oder der überlebende eingetragene Partner,
- Die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss,
- Die Eltern.

Sind keine der hier aufgeführten Hinterbliebenen vorhanden und hat der Versicherte keinerlei andere Personen als bezugsberechtigt erklärt, so vergütet die Branchen Versicherung die Bestattungskosten bis zur Höhe von 20% der Todesfallsumme an diejenigen Personen, die sich über erbrachte Leistungen ausweisen können.

7.1 Verrechnung Invaliditätsauszahlung mit Todesfallsumme

Eine allenfalls vor Eintritt des Todes erbrachte Invaliditätszahlung wird von der Todesfallsumme in Abzug gebracht.

Art. 8 Zusätzliche Leistungen im Invaliditäts- oder Todesfall

Erleidet eine versicherte Person den Tod oder hat sie Anspruch auf eine Invaliditätsentschädigung von mehr als 25% und hatte sie im Zeitpunkt des Unfalles für Kinder zu sorgen, die weder erwerbstätig sind, noch das 25. Altersjahr erreicht haben oder die aus gesundheitlichen Gründen dauernd erwerbsunfähig sind, so gelten folgende Erhöhungen der versicherten Leistungen:

- Um 50%, wenn der Unfall vor dem zurückgelegten 50. Altersjahr
- Um 40%, wenn der Unfall vor dem zurückgelegten 52. Altersjahr
- Um 30%, wenn der Unfall vor dem zurückgelegten 54. Altersjahr
- Um 20%, wenn der Unfall vor dem zurückgelegten 56. Altersjahr
- Um 10%, wenn der Unfall vor dem zurückgelegten 58. Altersjahr eingetreten ist.

Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht

Art. 9 Von der Versicherung sind ausgeschlossen

Nicht versichert sind:

- Schäden, die verursacht werden durch kriegerische Ereignisse, Neutralitätsverletzungen, Revolution, Rebellion, Aufstand, innere Unruhen (Gewalttätigkeiten anlässlich von Zusammenrottung, Ausschreitungen bei bzw. als Folge von Demonstrationen, Krawall, Tumult und Plünderung in direktem Zusammenhang mit inneren Unruhen sowie bei Streik und Aussperrung), Terrorakte und Sabotage.
- Wird der Versicherte im Lande, wo er sich aufhält, von erstmals ausgebrochenen kriegerischen Ereignissen überrascht, bleibt der Versicherungsschutz so lange erhalten, bis der Versicherte das Land frühestens verlassen konnte, auf alle Fälle nicht länger als 14 Tage nach Kriegsausbruch
- Schäden, die durch Erdbeben verursacht werden.
- Schäden beim Einsatz in ausländischen Militärdiensten
- Gesundheitsschädigungen infolge von Einwirkungen ionisierender Strahlen irgendwelcher Art, sofern dies nicht im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit oder der Vornahme ärztlich verordneter Strahlenbehandlung wegen eines versicherten Unfalles geschieht.

Art. 10 Grobfahrlässige Herbeiführung des Unfalles

10.1 Kürzungen

Hat die versicherte Person oder der/die Anspruchsberechtigte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt oder ist der Unfall bei der Ausübung eines Vergehens oder Verbrechens eingetreten, so ist die Branchen Versicherung berechtigt, ihre Leistungen zu kürzen oder zu verweigern.
Das Mass der Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens.

10.2 Kürzung beim Todes- oder Invaliditätsfall unter besonderen Umständen

Hat die versicherte Person den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt oder bei der Ausübung eines Vergehens oder Verbrechens erlitten und hatte sie im Zeitpunkt des Unfalles für Angehörige zu sorgen, denen bei ihrem Tode Renten der Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV) zustünden, so steht ihr bzw. ihren Angehörigen mindestens die Hälfte der Invaliditäts- oder Todesfallsumme zu, auch wenn die Leistungen höher gekürzt werden müssten.

Art. 11 Kürzung bei Todesfall

Hat die versicherte Person den Tod absichtlich herbeigeführt, so bezahlt Branchen Versicherung ausschliesslich die ausgewiesenen Bestattungskosten bis zur Höhe von 20% der versicherten Todesfallsumme.

Art. 12 Kürzung bei unfallfremden Faktoren

Ist die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines versicherten Unfalles, so werden die Leistungen aus dieser Versicherung aufgrund medizinischer Beurteilung in dem Ausmass gekürzt, als unfallfremde Faktoren mitgewirkt haben.

Art. 13 Entschädigung bei Leistungsverweigerung

Müssen die Leistungen im Sinne von Art. 9 AVB und Art. 10.1 AVB gänzlich verweigert werden, so beträgt die Leistung im Todesfall die Hälfte der versicherten Summe, im Maximum CHF 50 000.00 (vgl. Art. 7 AVB). Im Invaliditätsfall ist eine Leistung davon abhängig, dass dem Versicherten eine Rente der IV zugesprochen wird; die Leistung ist auf die Hälfte begrenzt und kann nicht mehr als CHF 100 000.00 betragen. Die zusätzlichen Leistungen gemäss Art. 8 AVB entfallen.

Allgemeine Bestimmungen

Art. 14 Versicherungsort

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Bei dauernder Wohnsitznahme im Ausland erlischt sie mit Ablauf des Versicherungsjahres, in jedem Fall aber sechs Monate nach der Ausreise. Ohne besondere Absprache gilt dies auch für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland. Das Fürstentum Liechtenstein und die Enklaven Büsingen und Campione d'Italia gelten nicht als Ausland.

Art. 15 Beginn und Dauer der Versicherung

Die Versicherung beginnt an dem in der Police festgesetzten Datum.
Verträge von kürzerer Dauer als 12 Monate erlöschen mit dem Ablaufdatum. Alle anderen Verträge erneuern sich jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn sie nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt werden. Weitere Kündigungsmöglichkeiten bleiben vorbehalten (vgl. namentlich Art. 16 und 21 AVB).

Art. 16 Prämien

Die Prämie wird pro Versicherungsjahr festgesetzt und wird am Verfalltag fällig. Auf entsprechende Vereinbarung hin kann die Jahresprämie ratenweise bezahlt werden. Für Ratenzahlungen kann ein Zuschlag erhoben werden. Ist der Versicherungsnehmer mit einer Ratenzahlung in Verzug, wird die gesamte Jahresprämie zur Zahlung fällig.

Die in Rechnung gestellte Prämie ist binnen 30 Tagen nach Fälligkeit zu bezahlen. Geschieht dies nicht, so fordert die Branchen Versicherung den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die gesetzlichen Folgen des Versäumnisses auf, die Prämie innert 14 Tagen zu bezahlen. Wird die ausstehende Prämie innerhalb dieser Frist von 14 Tagen nicht einbezahlt, so ruht die Leistungspflicht der Branchen Versicherung vom Ablauf der Mahnfrist an. Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Mahnfrist rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass die Branchen Versicherung unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie vom Vertrag zurücktritt (Art. 21 Abs. 1 VVG).

Ändert während der festgesetzten Vertragsdauer der Prämientarif, kann die Branchen Versicherung die Anpassung des Vertrages mit Wirkung ab dem folgenden Versicherungsjahr verlangen. Zu diesem Zwecke hat sie dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbestimmungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres schriftlich zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Branchen Versicherung eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

Die für die laufende Versicherungsperiode vereinbarte Prämie ist bei vorzeitiger Aufhebung des Versicherungsvertrages aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Aufhebungsgrund nur anteilmässig bis zum Zeitpunkt der Vertragsaufhebung geschuldet.

Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode bleibt jedoch ganz geschuldet bei:

- Wegfall des Risikos, wenn die Branchen Versicherung die Versicherungsleistung erbracht hat.
- Kündigung durch den Versicherungsnehmer während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres.

Der Prämientarif beinhaltet bei den Versicherungsleistungen Heilungskosten, Taggeld, Invalidität und Todesfall verschiedene Alterskategorien mit unterschiedlichen Prämienätzen, wobei im Laufe der Zeit die versicherte Person entsprechend ihrem Alter jeweils automatisch in die nächst höhere Alterskategorie umgeteilt wird.

Die altersabhängige automatische Umstufung in eine höhere Alterskategorie stellt keine "Änderung des Prämientarifs" dar.

Art. 17 Anrechnung auf Haftpflicht-Ansprüche

Stehen der versicherten Person Haftpflicht-Ansprüche gegen Dritte zu, so hat sie diese in Bezug auf die Heilungskosten in dem Umfang an die Branchen Versicherung abzutreten, als diese durch die Branchen Versicherung erbracht worden sind.

Schadenfall

Art. 18 Frist für die Anmeldung von Unfällen

Der Eintritt eines Unfalles, der Entschädigungsansprüche auslösen könnte, ist der Branchen Versicherung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten bzw. dessen Angehörige unverzüglich schriftlich zu melden.

Todesfälle sind der Branchen Versicherung binnen 24 Stunden telefonisch mit Fax oder mit E-Mail zu melden, dies auch dann, wenn das Unfallereignis vorher gemeldet worden ist.

Art. 19 Pflichten des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder Anspruchsberechtigten

Der Versicherungsnehmer und alle Personen, die aus dem Unfall Leistungen erwarten können, sind verpflichtet, zu den Abklärungen des Unfalles, seiner Folgen und Begleitumstände beizutragen. Dazu gehören die Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht und die rechtzeitige Einwilligung zur Vornahme einer Autopsie im Todesfall.

Art. 20 Verletzung von Obliegenheiten

Wenn die Obliegenheiten absichtlich missachtet werden, so entfällt die Leistungspflicht der Branchen Versicherung. Mit Ausnahme der Unfall- bzw. Todesfallmeldung und der rechtzeitigen Einwilligung zur Vornahme einer Autopsie entfällt die Leistungspflicht jedoch nur, wenn eine von der Branchen Versicherung allenfalls gesetzte Nachfrist von 14 Tagen für die Erfüllung der Obliegenheiten unbenutzt verstrichen ist.

Art. 21 Versicherungsverhältnis nach dem Schadenfall

Nach Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadens können beide Parteien den Vertrag kündigen. Die Branchen Versicherung hat spätestens bei Auszahlung der Entschädigung zu kündigen, der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat. Wird der Vertrag gekündigt, so erlischt die Haftung der Branchen Versicherung mit dem Ablauf von 14 Tagen, nach Eintreffen bei der jeweiligen Partei.
Die Rückzahlung von Prämien erfolgt gemäss Art. 16 dieser AVB.

Verschiedenes

Art. 22 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten sind an die Branchen Versicherung, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich zu richten. Alternativ ist die Schadenmeldung auch via E-Mail an die Adresse info@branchenversicherung.ch möglich.
Kündigungs- und Rücktrittserklärungen müssen per Post vor Ablauf der Frist eintreffen.

Art. 23 Gerichtsstand

Klage gegen die Branchen Versicherung kann der Versicherungsnehmer, Versicherte oder Anspruchsberechtigte am Sitz der Branchen Versicherung in Zürich oder – sofern er in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnt – an seinem Wohnort erheben.

Art. 24 Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt ausschliesslich schweizerischem Recht.

Art. 25 Grundlagen des Vertrages

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag.

Branchen Versicherung Genossenschaft
Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich
T 044 267 61 61, F 044 261 52 02
www.branchenversicherung.ch

AVB01_GF09_07_D