



Zürich, im Januar 2022

Produkt- und Kundeninformationen

Was Sie über Ihre Einzelunfallversicherung wissen sollten



Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Produktinformation soll Ihnen helfen, sich in Ihren Versicherungsvertragsunterlagen zurechtzufinden. Massgebend für den Inhalt und den Umfang der gegenseitigen Rechte und Pflichten sind Ihr Versicherungsvertrag und die allgemeinen Vertragsbedingungen (nachfolgend AVB genannt). Ihr Versicherungsvertrag untersteht schweizerischem Recht, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Ihr Vertragspartner – wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die Branchen Versicherung Genossenschaft (nachfolgend Branchen Versicherung genannt), mit statutarischem Sitz am Sihlquai 255, 8031 Zürich, eine Genossenschaft nach schweizerischem Recht.

Im Web finden Sie uns unter folgendem Link: www.branchenversicherung.ch.

Versicherungsnehmer und versicherte Personen

Versicherungsnehmer ist eine natürliche oder juristische Person, die für sich und/oder andere Personen Versicherungsschutz sucht und hierfür einen Versicherungsvertrag abschliesst. Der Versicherungsnehmer ist Vertragspartner der Branchen Versicherung.

Versicherte Personen sind die im Versicherungsvertrag bezeichnet.

Der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person und/oder der versicherte Personenkreis ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Welche Risiken sind versichert und welche Leistungen umfasst der Versicherungsschutz?

Die Branchen Versicherung gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten. Die Heilungskosten werden in Ergänzung zur aktuell aktiven Sozialversicherung gewährt (z.B. Krankenversicherung nach KVG, Militärversicherung, Unfallversicherung nach UVG, etc.). Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Die versicherten Risiken sind als Summen- oder Schadenversicherung definiert:

Summenversicherung	Schadenversicherung
Invaliditätskapital	Taggeld
Todesfallkapital	Heilungskosten in Ergänzung zur Sozialversicherung

Wie hoch ist die Prämie und wie wird sie berechnet?

Die Höhe der Prämie hängt von den jeweiligen versicherten Risiken und der gewünschten Deckung ab. Alle Angaben zur Prämie und allfälligen Gebühren ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Versicherungsort

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Bei dauernder Wohnsitzname 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.

Zahlungsverzug und Mahnfolgen

Wird die Prämie nach der gesetzlichen Mahnung nicht bezahlt, setzt die Branchen Versicherung eine 14-tägige Nachfrist an. Verstreicht diese, ohne dass die Prämie vollumfänglich beglichen wird, ruht der Versicherungsschutz (Deckungsunterbruch).

Mit vollständiger Zahlung der ausstehenden Prämien inklusive sämtlicher Zinsen und Kosten kann der Versicherungsvertrag wieder in Kraft gesetzt werden. Massgebend für das Wiederinkraftsetzen des Versicherungsschutzes ist der Zeitpunkt des Zahlungseinganges. Für die Zeit des Unterbruchs erhält der Versicherungsnehmer rückwirkend keinen Versicherungsschutz.

Der Versicherungsvertrag erlischt 2 Monate nach der im Mahnschreiben angesetzten 14-tägigen Nachfrist, es sei denn, die Branchen Versicherung fordert die ausstehende Prämie rechtlich ein (Betreibung nach SchKG).


Beginn des Versicherungsvertrages und -schutzes

Der Vertrag beginnt an dem im Versicherungsvertrag genannten Datum. Die Versicherungsdeckung beginnt an dem Tag, der im Antrag / in der Offerte bzw. in der Police aufgeführt ist. Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt die Branchen Versicherung bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten vorläufigen Deckungszusage resp. gemäss aktuell geltendem Gesetz.

Ende des Versicherungsvertrages und -schutzes

Der Versicherungsvertrag endet durch Kündigung sowie aus den von Gesetz oder Vertrag vorgesehenen Gründen.

Partei, die kündigt	Grund der Kündigung	Kündigungsfrist bzw. -termin	Zeitpunkt des Erlöschens
Beide Parteien	Ordentliche Kündigung nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren	3 Monate	Ablauf des 3. Versicherungsjahres
	Kündigung auf Ende der im Versicherungsvertrag vereinbarten Laufzeit	3 Monate	Vertragsablauf
	Versicherter Leistungsfall, für den eine Leistung beansprucht wurde	Spätestens bei Auszahlung der Leistung	14 Tage nach Zugang der Kündigung
Versicherungsnehmer	Prämienerhöhung	Vor Ablauf des Versicherungsjahres	Tag, an welchem die Änderung in Kraft treten
	Verletzung der vorvertraglichen Informationspflicht nach Art. 3 VVG	4 Wochen ab Kenntnis der Verletzung, längstens 2 Jahre ab Vertragsabschluss	Zugang der Kündigung
	Wesentliche Gefahrminderung	-	4 Wochen ab Zugang der Kündigung
	Doppel- oder Mehrfachversicherung	4 Wochen ab Kenntnis	Zugang der Kündigung
Versicherer	Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht	4 Wochen ab Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung	Zugang der Kündigung
	Versicherungsbetrug	-	Zugang der Kündigung

Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien spätestens 3 Monate vorher eine Kündigung erhalten hat.

Der Versicherungsschutz erlischt grundsätzlich mit der Beendigung des Kollektivvertrages oder dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis. Detaillierte Angaben ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Pflichten des Versicherungsnehmers/der Versicherten und Folgen von Pflichtverletzungen

Der Versicherungsnehmer und alle Personen, die aus dem Unfall Leistungen erwarten können, sind zu folgendem verpflichtet:

- die Fragen im Antrag wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten
- der Branchen Versicherung während der Laufzeit des Versicherungsvertrags eintretende Änderungen der im Antrag deklarierten und für die Risikobeurteilung erheblichen Tatsachen umgehend anzuzeigen



- bei Fälligkeit die Prämie zu bezahlen
- ein eingetretener versicherter Schadenfall innert angemessener Frist zu melden
- Der Versicherungsnehmer ist zur Sorgfalt verpflichtet

Diese Auflistung enthält nur die wesentlichsten Pflichten. Weitere Pflichten ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

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.

Widerrufsrecht durch den Kunden

Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrages oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf dem Versicherungsunternehmen mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt.

Datenschutz und Datenbearbeitung

Um eine effiziente und korrekte Vertragsabwicklung zu gewährleisten, ist die Branchen Versicherung auf die Bearbeitung von Daten angewiesen. Die anwendbare Datenschutzgesetzgebung wird strikte eingehalten. Die Branchen Versicherung bearbeitet die für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Schadenabwicklung relevanten Daten des Versicherungsnehmers (z.B. Angaben zur Person, Kontaktdaten, Angaben zur Vorversicherung und Vorschäden). In erster Linie werden dabei die vom Versicherungsnehmer übermittelten Angaben aus dem Versicherungsantrag und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus der Schadenmeldung bearbeitet. Allenfalls erhält die Branchen Versicherung auch von Dritten Personendaten, sofern diese für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z.B. Amtsstellen, Vorversicherer, andere Institutionen).

Die Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen werden von der Branchen Versicherung nur für diejenigen Zwecke bearbeitet, welche die Branchen Versicherung dem Versicherungsnehmer bei deren Erhebung aufgezeigt hat, oder zu welchem die Branchen Versicherung gesetzlich verpflichtet oder berechtigt ist. Die Branchen Versicherung bearbeitet die Daten des Versicherungsnehmers primär für den Vertragsabschluss und zur Einschätzung des zu übernehmenden Risikos sowie für spätere Vertrags- und Schadenabwicklung. Darüber hinaus bearbeitet die Branchen Versicherung die Daten des Versicherungsnehmers zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aufsichtsrechtliche Vorgaben).

Weitere Informationen rund um den Datenschutz finden Sie unter folgenden Link:
www.branchenversicherung.ch/de/datenschutz

Einzelunfall

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe Januar 2022

**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	6
5.1 Rückfall	7
Art. 6 Invalidität	7
6.1 Bemessung des Invaliditätsgrades	7
6.2 Vorbestandene Beeinträchtigungen	7
6.3 Ermittlung der Invaliditätsentschädigung	8
6.4 Zeitpunkt der Ausrichtung der Invaliditätsentschädigung	8
Art. 7 Todesfall	8
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	9
10.1 Kürzungen	9
10.2 Kürzung beim Todes- oder Invaliditätsfall unter besonderen Umständen	9
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	10
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	11
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 Erwerbssersatz 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. Heilungskosten gelten als Schadenversicherungen. Invaliditäts- bzw. Todesfallkapitalien sowie Taggelder gelten als Summenversicherungen.

Heilungskosten (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen) werden stets in Ergänzung zur obligatorischen Sozialversicherung vergütet (Grundversicherung nach KVG oder UVG).

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 Branchen Versicherung 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 Branchen Versicherung 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 oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden. Weitere Kündigungsmöglichkeiten bleiben vorbehalten (vgl. namentlich Art. 16 und 21 AVB).

Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrages oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht widerrufen (Art. 2a VVG).

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf der Branchen Versicherung mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt.

Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht bei vorläufigen Deckungszusagen oder bei Vereinbarungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

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 oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht 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 oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, 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 schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, 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.

Datenschutzklausel:

Die Branchen Versicherung Genossenschaft respektiert den Datenschutz. Die Datenerfassung und -bearbeitung wird für die Abwicklung von Versicherungsgeschäften und Schadensfällen, den Vertrieb, den Verkauf, das Management, die Vermittlung von Produkten/Dienstleistungen, die Risikobewertung und die Verarbeitung von Versicherungsverträgen sowie allen damit verbundenen Hilfgeschäften verwendet.

Zudem kann die Branchen Versicherung Genossenschaft im Rahmen den gesetzlichen Bestimmungen auch mathematische und statistische Methoden verwenden, um Daten sowie Personendaten auszuwerten, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen auf der Grundlage des erworbenen Wissens zu verbessern und den Versicherten über relevante Informationen zu orientieren. Weiter können Kundendaten zwecks administrativer Vereinfachung und zu Marketingzwecken konzernintern von der Branchen Versicherung Genossenschaft und den von ihr gehaltenen Gesellschaften bearbeitet und verwendet werden, um den Versicherten weitere Produkte- und Dienstleistungsangebote zu unterbreiten. Die jeweiligen Abteilungen der Branchen Versicherung Genossenschaft sowie diejenigen ihrer gehaltenen Gesellschaften dürfen daher ausdrücklich personenbezogene und vertragliche Daten sowie Kundendaten, die aus Versicherungsverhältnissen für die oben genannten Zwecke erstellt wurden, bearbeiten.

Die Branchen Versicherung Genossenschaft kann im erforderlichen Umfang und im Rahmen der jeweiligen Zweckbestimmung Personendaten an Amts- und weiteren Stellen, Agenturen, Vor-, Mit- und Rückversicherern oder anderen externen Beteiligten im In- und Ausland weitergeben sowie von sämtlichen diesen Stellen Auskünfte einholen, die an der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses beteiligt sind. Dazu gehören auch sachdienliche Auskünfte zu bisherigen Vertragsverhältnissen und Schadenverläufen. Die Branchen Versicherung Genossenschaft behandelt solche Auskünfte vertraulich. Dies trifft auch für besonders schützenswerte Personendaten oder Persönlichkeitsprofile zu.

Die personenbezogenen Daten werden physisch oder elektronisch gemäss den gesetzlichen Bestimmungen verwendet, verarbeitet, aufbewahrt, gelöscht und gespeichert. Nicht mehr benötigte Personendaten werden gelöscht, soweit gesetzlich zulässig. Daten, welche die Geschäftskorrespondenz betreffen, sind während mindestens 10 Jahren ab Vertragsauflösung und Schadendaten während mindestens 10 Jahren nach Erledigung des Schadenfalles aufzubewahren.

Im Wesentlichen werden folgende Kategorien von Personendaten bearbeitet: Interessentendaten, Kundendaten, Antragsdaten, Vertragsdaten, Schadendaten, Gesundheitsdaten, Zahlungsdaten, Daten von Geschädigten und Anspruchstellern sowie Inkassodaten.

Gespräche mit der Branchen Versicherung Genossenschaft können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung und für Schulungszwecke aufgezeichnet werden.

Die versicherte Person hat gemäss den gesetzlichen Bestimmungen das Recht, von der Branchen Versicherung Genossenschaft Informationen über die Bearbeitung Ihrer Personendaten zu erhalten.

Die versicherte Person hat im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Versicherungsfällen weiter das Recht, bei der Branchen Versicherung Genossenschaft die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte über die Sie betreffenden Daten zu verlangen.

Die Bearbeitung der Daten des Versicherten basiert auf den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992.

Die Datenschutzerklärung der Branchen Versicherung Genossenschaft ist auf <https://www.branchenversicherung.ch/de/datenschutz/> abrufbar oder kann unter der Telefonnummer +41 44 267 61 61 angefordert werden.

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

AVB01_GF09_08_D