



Angebot für Mitglieder des Bündner Bauernverbandes (BBV)

Ausgabe 2017

Inhaltsverzeichnis

1.	ÖKK Bündner Landwirtschaftsversicherung (BLV)	2
2.	ÖKK BLV TAGGELD	4
3.	ÖKK AGRA UNFALL Unfallversicherung für Aushilfen in der Landwirtschaft	9

ÖKK Bündner Landwirtschaftsversicherung (BLV)

Reglement
Ausgabe 01.01.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen

- 1.1. Inhalt
- 1.2. Vertragspartner
- 1.3. Versicherungsträger
- 1.4. Rechte und Pflichten

2. Betriebs-Familienlösung

- 2.1. Versicherte
 - 2.1.1. Betriebsleiter
 - 2.1.2. Familienangehörige
 - 2.1.3. Aushilfspersonal
- 2.2. Eintritt in die Versicherung
- 2.3. Aufnahmebedingungen
- 2.4. Austritt
- 2.5. Versicherungsangebot
 - 2.5.1. Versicherungen
 - 2.5.2. Zusätzliche Versicherungsleistungen
 - 2.5.2.1. Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche
 - 2.5.2.2. Familienhelfer
 - 2.5.2.3. Betriebshelfer

3. Prämien

4. Schlussbestimmungen

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Inhalt

ÖKK bietet Inhabern landwirtschaftlicher Betriebe und deren Familienangehörigen ein zweckmässiges Versicherungspaket an.

1.2. Vertragspartner

Der Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Bündner Bauernverband (BBV) und ÖKK über die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung im Kanton Graubünden bildet die Grundlage für dieses Reglement.

1.3. Versicherungsträger

Risikoträger der Bündner Landwirtschaftsversicherung (BLV) sind:

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG für:

- Versicherungsleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG)

ÖKK Versicherungen AG für:

- Versicherungsleistungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

SOLIDA Versicherungen AG für:

- Versicherungsleistungen von ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall
- Versicherungsleistungen von ÖKK AGRA UNFALL.

1.4. Rechte und Pflichten

Es gelten dieses Reglement, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG), die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG.

Die in diesem Reglement gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

2. Betriebs-Familienlösung

2.1. Versicherte

2.1.1. Betriebsleiter

Als Betriebsleiter gilt der in der Landwirtschaft selbständig tätige Landwirt. Ebenfalls gelten die Ehegatten der selbständig tätigen Landwirte als Betriebsleiter.

2.1.2. Familienangehörige

Als Familienangehörige gelten Kinder, solange diese in derselben Familienpolice (mit gemeinsamer Rechnung) zusammen mit dem Betriebsleiter (InhaberIn der Familien-Hauptpolice) bei ÖKK versichert sind.

2.1.3. Aushilfspersonal

Als Aushilfspersonal gilt das Personal landwirtschaftlicher Betriebe, das nicht dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) unterstellt ist.

2.2. Eintritt in die Versicherung

Der Eintritt in die Betriebs-Familienlösung erfolgt mit Antrag auf Versicherungsabschluss.

Die Betriebs-Familienlösung kann nur von Mitgliedern des Bündner Bauernverbandes (BBV) abgeschlossen bzw. geführt werden.

2.3. Aufnahmebedingungen

Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei der Aufnahme bestehen oder die vorher bestanden haben und bei denen erfahrungsgemäss Rückfälle möglich sind, können von der Versicherung ausgeschlossen werden. Vorbehalten bleiben der Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) sowie zur freiwilligen Taggeldversicherung (KVG) bis höchstens CHF 10. Der Beitritt in die freiwillige Taggeldversicherung kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr erfolgen.

2.4. Austritt

Solange der Versicherte im Kanton Graubünden in der Landwirtschaft tätig ist, ist er versichert. Bei einem Berufswechsel bzw. der Beendigung der Mitgliedschaft beim Bündner Bauernverband (BBV) wird der Versicherte mit gleicher Versicherungsdeckung in der Einzelversicherung von ÖKK weiterversichert.

2.5. Versicherungsangebot

2.5.1. Versicherungen

Die Betriebs-Familienlösung umfasst nachstehende Versicherungen:

- a) die obligatorische Krankenpflegeversicherung
ÖKK BASIS
- b) die ambulant-stationären Krankenzusatzversicherungen
ÖKK FAMILY, ÖKK FAMILY FLEX
die ambulanten Krankenzusatzversicherungen
ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM, ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ,
ÖKK PRIVAT-ZUSATZ
die stationären Krankenzusatzversicherungen
ÖKK KOMBI
- c) die Taggeldversicherungen
ÖKK BLV TAGGELD, ÖKK TAGGELD (KVG)
- d) die Unfallversicherung
ÖKK AGRA
- e) die Unfallversicherung
ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall.

Die Betriebs-Familienlösung kann nur als Gesamtversicherungspaket abgeschlossen und geführt werden. Das Gesamtversiche-

rungspaket besteht aus je einer Versicherung der Buchstaben a, c und d, sowie einer ambulanten und einer stationären oder einer ambulant-stationären Krankenzusatzversicherung des Buchstaben b.

Die Versicherungen leisten gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Bei definitiver Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit im ordentlichen AHV-Rentenalter oder bis höchstens 2 Jahre vorher kann die Betriebs-Familienlösung weiter geführt werden, auch wenn deswegen keine Taggeldversicherung gemäss Art. 2.5.1. Abs. c) mehr abgeschlossen ist.

2.5.2. Zusätzliche Versicherungsleistungen

2.5.2.1. Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet bei Tod oder Invalidität durch Unfall gemäss den AVB von ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall.

Versicherungssummen

- Tod CHF 10'000
- Invalidität CHF 150'000 mit Progression 350%

Versichert sind Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr.

2.5.2.2. Familienhelfer

ÖKK leistet bis CHF 30 pro Tag bis 30 Tage pro Ereignis, wenn durch Unfall, Krankheit, Mutterschaft, ärztlich verordneten Kuraufenthalt oder Todesfall eine Notlage entsteht, die durch den Einsatz eines Familienhelfers abgewendet werden kann. Die genaue Leistung der ÖKK berechnet sich im Einzelfall gemäss den Vorgaben und Abklärungen des BBV. Die ÖKK leistet erst nach Prüfung und Entschädigung durch den BBV.

Anspruchsberechtigt ist der mit einem Taggeld in Höhe von mindestens CHF 30 ab 15. Tag oder CHF 60 ab 31. Tag in ÖKK BLV TAGGELD oder ÖKK TAGGELD (KVG) versicherte Landwirt.

2.5.2.3. Betriebshelfer

ÖKK leistet bis CHF 50 pro Tag bis 30 Tage pro Ereignis, wenn durch Unfall, Krankheit, ärztlich verordneten Kuraufenthalt oder Todesfall eine Notlage entsteht, die durch den Einsatz eines Betriebshelfers abgewendet werden kann. Die genaue Leistung der ÖKK berechnet sich im Einzelfall gemäss den Vorgaben und Abklärungen des BBV. Die ÖKK leistet erst nach Prüfung und Entschädigung durch den BBV. Anspruchsberechtigt ist der mit einem Taggeld in Höhe von mindestens CHF 50 ab 15. Tag oder CHF 100 ab 31. Tag in ÖKK BLV TAGGELD oder ÖKK TAGGELD (KVG) versicherte Betriebsleiter.

3. Prämien

Die Prämien werden mit Ausnahme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) durch ÖKK in Absprache mit dem BBV festgesetzt.

4. Schlussbestimmungen

Dieses Reglement tritt am 1.1.2017 in Kraft und ersetzt das vom 1.1.2012.

ÖKK BLV TAGGELD

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2008

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Zweck
 - 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen und Gemeinsame Bestimmungen
- 2. Aufnahmebedingungen**
- 3. Örtliche Geltung**
 - 3.1. Im Allgemeinen
 - 3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland
 - 3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit
- 4. Versicherungsvarianten**
 - 4.1. Im Allgemeinen
 - 4.2. Versicherungsvarianten mit Leistungsfreiheitsrabatt
 - 4.2.1. Grundsatz
 - 4.2.2. Beobachtungsperiode
 - 4.2.3. Rabattstufen
 - 4.2.4. Rabattstufenanpassung bei Leistungsbezug
 - 4.2.5. Rabattstufenanpassung bei Leistungsfreiheit
 - 4.2.6. Taggeld infolge Mutterschaft
 - 4.2.7. Änderung der Versicherungsdeckung
 - 4.3. Wechsel der Versicherungsvariante LFR
 - 4.3.1. Versicherungsvariante mit LFR
 - 4.3.2. Versicherungsvariante ohne LFR
- 5. Verfahren bei Versicherungsabschluss**
 - 5.1. Ärztliches Zeugnis
 - 5.2. AHV-Rentenalter
- 6. Beendigung der Versicherung**
 - 6.1. Beendigungsgründe
 - 6.2. Ausserordentliche Kündigung
- 7. Versicherungsumfang**
 - 7.1. Höhe des versicherten Taggeldes
 - 7.2. Bemessungsgrundlage des Taggeldes
 - 7.3. Maximaldeckung
 - 7.3.1. Im Allgemeinen
 - 7.3.2. Selbständigerwerbende Landwirte
 - 7.3.3. Nichterwerbstätige
- 7.4. Geburt
 - 7.5. Leistungsbeginn und Wartezeiten
 - 7.6. Anpassung an die Teuerung
- 8. Leistungen**
 - 8.1. Leistungsvoraussetzung
 - 8.1.1. Arbeitsunfähigkeit
 - 8.1.2. Ärztliches Zeugnis
 - 8.2. Leistungsumfang
 - 8.2.1. Im Allgemeinen
 - 8.2.2. Selbständigerwerbende Landwirte und Nichterwerbstätige
 - 8.2.3. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
 - 8.2.4. Unfall
 - 8.2.5. Mutterschaft
 - 8.3. Leistungsdauer
 - 8.3.1. Grundsatz
 - 8.3.2. Geburt
 - 8.3.3. AHV-Rentenalter
 - 8.4. Leistungsbeschränkungen
 - 8.4.1. Leistungsausschluss
 - 8.4.2. Leistungseinschränkungen
 - 8.4.3. Rückerstattungspflicht
- 9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**
 - 9.1. Meldepflicht
 - 9.2. Auskunftspflicht
- 10. Prämien und Zahlungen**
 - 10.1. Prämienhöhe
 - 10.2. Leistungsausrichtung
 - 10.2.1. Auszahlung von Taggeld
 - 10.2.2. Taggeld infolge Mutterschaft
- 11. Leistungen Dritter**
 - 11.1. Selbständigerwerbende Landwirte und Nichterwerbstätige
 - 11.2. Sozialversicherungen
- 12. Schlussbestimmungen**

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

ÖKK BLV TAGGELD (Taggeldversicherung) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) durchgeführt.

Sie wird

- a) für selbständigerwerbende Landwirte (Betriebsinhaber),
- b) für Familienangehörige, die im Familienbetrieb mitarbeiten und wohnen und nicht in einem Anstellungsverhältnis stehen,
- c) für im Betrieb tätige und wohnhafte Hausfrauen,
- d) für im selben Haushalt lebende Personen in Ausbildung,

sofern sie nicht arbeitslos sind, zur Deckung eines Erwerbsausfalles bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft angeboten.

1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen und Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von ÖKK BLV TAGGELD. Bei Abweichungen gehen diese AVB den Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG vor.

2. Aufnahmebedingungen

Die in Ziffer 1.1. umschriebenen Personen können in ÖKK BLV TAGGELD aufgenommen werden, sofern sie

- mindestens das 15. Lebensjahr zurückgelegt und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- bei Antragstellung voll arbeitsfähig sind und
- ihren Wohnsitz in der Schweiz haben oder
- ihren Wohnsitz im grenznahen Ausland haben und der Betrieb sich in der Schweiz befindet.

3. Örtliche Geltung

3.1. Im Allgemeinen

Die Versicherung gilt weltweit.

3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten Taggeldleistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet.

Diese Einschränkung gilt nicht für Personen, die ihren Wohnsitz im grenznahen Ausland haben, wenn sie in die Schweiz oder in Ihrem Wohnland in die Ferien reisen.

3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung von ÖKK ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen.

Diese Einschränkung gilt nicht für Personen, die ihren Wohnsitz im grenznahen Ausland haben, wenn sie sich in der Schweiz aufhalten.

4. Versicherungsvarianten

4.1. Im Allgemeinen

Folgende Versicherungsdeckungen können gewählt werden:

- Taggeld bei Krankheit (Mutterschaft ist eingeschlossen, Ziffer 7.4.)
- Taggeld bei Unfall
- Taggeld bei Krankheit (Mutterschaft ist eingeschlossen) und Unfall.

Die Versicherungsdeckungen können mit oder ohne Leistungsfreiheitsrabatt (LFR) abgeschlossen werden

4.2. Versicherungsvarianten mit Leistungsfreiheitsrabatt

4.2.1. Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

4.2.2. Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum 31. August des folgenden Jahres.

4.2.3. Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen und Prämienätze geführt:

Rabattstufe	Prämienatz
0	120%
1	110%
2	100%
3	90%
4	80%
5	70%

Die Festsetzung der Rabattstufen und Prämienätze kann der Kostenentwicklung angepasst werden. Die Anpassung erfolgt gemäss Art. 8.2. der Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG.

4.2.4. Rabattstufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlauf einer Beobachtungsperiode Leistungen bezogen, wird auf den 1. Januar des folgenden Jahres der Rabatt um eine Stufe, höchstens bis zur Rabattstufe 0, reduziert.

4.2.5. Rabattstufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person in drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, wird auf den 1. Januar des vierten Jahres der Rabatt um eine Stufe, höchstens bis zur Rabattstufe 5, erhöht.

4.2.6. Taggeld infolge Mutterschaft

Keine Auswirkungen auf den Leistungsfreiheitsrabatt haben Leistungsbezug und Leistungsfreiheit von Taggeld infolge Mutterschaft.

4.2.7. Änderung der Versicherungsdeckung

Bei Änderung der Versicherungsdeckung bleibt die Rabattstufe erhalten.

4.3. Wechsel der Versicherungsvariante LFR

4.3.1. Versicherungsvariante mit LFR

Der Wechsel in die Versicherungsvariante ohne LFR ist bei bestehender Einstufung in die Rabattstufen 0, 1 oder 2 nur mit Gesundheitsdeklaration möglich.

4.3.2. Versicherungsvariante ohne LFR

Der Wechsel in die Versicherungsvariante mit LFR erfordert keine Gesundheitsdeklaration. Die Einstufung erfolgt in die Rabattstufe 2.

5. Verfahren bei Versicherungsabschluss

5.1. Ärztliches Zeugnis

ÖKK kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

5.2. AHV-Rentenalter

Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters weiterhin erwerbstätig sind, können eine Weiterversicherung beantragen.

6. Beendigung der Versicherung

6.1. Beendigungsgründe

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

- bei Aufgabe der Betriebstätigkeit der selbständigerwerbenden versicherten Person,
- bei Konkurseröffnung über die selbständigerwerbende versicherte Person,
- bei Pensionierung. Es kann Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Lebensjahr beantragt werden,
- bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen bei Wohnsitznahme im grenznahen Ausland (siehe Ziffer 2 dieser AVB).

Der Versicherer kann innert 30 Tagen vom Vertrag zurücktreten:

- wenn sich die versicherte Person Anordnungen von ÖKK oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt.

6.2. Ausserordentliche Kündigung

Ist die versicherte Person durch eine neue arbeitsrechtliche Situation beim neuen Arbeitgeber gleichwertig gegen Erwerbsausfall versichert, kann die Kündigung in Abweichung von der ordentlichen Kündigung im Einverständnis mit ÖKK unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

7. Versicherungsumfang

7.1. Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen der versicherten Person und ÖKK vereinbart.

7.2. Bemessungsgrundlage des Taggeldes

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Erwerbsausfalls eines Jahres. Das ermittelte Taggeld wird für jeden Kalendertag ausgerichtet.

7.3. Maximaldeckung

7.3.1. Im Allgemeinen

Die Höhe des versicherbaren Taggeldes pro Person ist auf CHF 200'000.– pro Jahr begrenzt.

7.3.2. Selbständigerwerbende Landwirte

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbständigen

Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren Gewinnungskosten versichern. Dies sind Kosten, die die versicherte Person direkt betreffen, mit dem Erwerb in direktem Zusammenhang stehen und die während der Arbeitsunfähigkeit weiter bestehen, insbesondere Fixkosten für Auto, Versicherungen, Abschreibungen von Maschinen u.ä.

7.3.3. Nichterwerbstätige

Nichterwerbstätige Familienangehörige von selbständigerwerbenden Landwirten gemäss Ziffer 1.1. Buchstabe b bis d können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

7.4. Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Mutterschaft eingeschlossen.

7.5. Leistungsbeginn und Wartezeiten

Der Versicherer bietet Taggeldversicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartezeiten bis zu 21 Tagen werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartezeiten gelten nur einmal pro Kalenderjahr.

Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% besteht.

ÖKK bezahlt das Taggeld gemäss dem gewählten Leistungsbeginn nach Eintritt der Bezugsberechtigung für jene Tage, an denen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Bei Eintritt ins AHV-Rentenalter wird eine vereinbarte Wartezeit von 60 Tagen und mehr auf eine Wartezeit von 30 Tagen umgewandelt.

7.6. Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung ihrer Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. ÖKK gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten zwei Jahren keine Arbeitsunfähigkeit bestanden und kein Bezug von Taggeld stattgefunden hat. Die Anpassung ist für die beiden letzten zurückliegenden Kalenderjahre möglich. Im Weiteren kann die versicherte Person jederzeit die Anpassung ihrer Versicherung an die reale Lohnentwicklung zu den Bedingungen der Höherversicherung beantragen.

8. Leistungen

8.1. Leistungsvoraussetzung

8.1.1. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft ganz oder teilweise ausserstande ist, ihre bisherige oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% besteht.

8.1.2. Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

Auf Verlangen von ÖKK hat sich die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder den Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt ÖKK.

8.2. Leistungsumfang

8.2.1. Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und diesen AVB.

8.2.2. Selbständigerwerbende Landwirte und Nichterwerbstätige

Die gesamthaft erbrachten Taggeldleistungen dürfen den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder den Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung zuzüglich der nachweisbaren Gewinnungskosten nicht übersteigen.

8.2.3. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit gekürzt.

8.2.4. Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die Leistungen bei Unfall im gleichen Umfang wie bei Krankheit ausgerichtet.

8.2.5. Mutterschaft

Taggeld bei Mutterschaft wird erbracht, sofern vor der Geburt bei ÖKK oder bei einem anderen Versicherer eine gleichwertige Deckung nach VVG von mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch (Karenzfrist bei Mutterschaft) bestanden hat.

Versicherte Personen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als acht Wochen vor der Geburt aufgeben oder keine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (EOG) erhalten, gelten als nicht erwerbstätig.

Bei Mutterschaft leistet ÖKK BLV TAGGELD in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG bis zum effektiven Einkommen, höchstens jedoch die vereinbarte Taggeldsumme.

8.3. Leistungsdauer

8.3.1. Grundsatz

Für Krankheit und Unfall wird das versicherte Taggeld für maximal 730 Tage ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall.

Krankheit oder Unfallfolgen gelten als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem Ende des letzten Leistungsbezugs während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Die vereinbarte Wartefrist wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

8.3.2. Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt für mindestens drei volle Versicherungsjahre in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG zwei Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer acht Wochen.

Bei einer Geburt gilt die gleiche Wartefrist wie bei Krankheit. Die Wartefrist wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Mutterschaft angerechnet. Wurde die Wartefrist infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartefrist verzichtet.

Das Taggeld bei Mutterschaft wird an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalles angerechnet.

8.3.3. AHV-Rentenalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rentenalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld während gesamthaft 90 Tagen, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

8.4. Leistungsbeschränkungen

8.4.1. Leistungsausschluss

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen nach Beendigung des Versicherungsvertrages.

8.4.2. Leistungseinschränkungen

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden:

- wenn die versicherte Krankheit oder die Unfallfolge nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- wenn sich die versicherte Person Anordnungen von ÖKK oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- wenn die versicherte Person eine von ÖKK verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert,
- wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

8.4.3. Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versicherten Person ÖKK rückerstattet werden.

9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

9.1. Meldepflicht

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat die versicherte Person ÖKK innert zehn Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt. Dies gilt auch bei vereinbarten längeren Wartezeiten.

Die vom Arzt oder Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ÖKK zuzustellen. Dies gilt auch bei vereinbarten längeren Wartezeiten.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt ÖKK Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind höchstens bis zu drei Tagen zulässig.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies ÖKK unverzüglich zu melden.

9.2. Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt ÖKK bei Unfall sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Bei häufigen Kurzabsenzen in einer kurzen Zeitspanne ist ÖKK berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

ÖKK kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG.

10. Prämien und Zahlungen

10.1. Prämienhöhe

Die Prämien werden in einem Prämientarif für das Taggeld festgesetzt.

Die Prämien können nach Eintrittsalter und Regionen abgestuft werden.

Wird der versicherte Taggeldbetrag gesenkt und gleichzeitig die bestehende Wartezeit verkürzt oder umgekehrt, gewährt ÖKK diese Anpassung ohne Änderung der Eintrittsaltersklasse, soweit eine Prämienäquivalenz gegeben ist.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG.

10.2. Leistungsausrichtung

10.2.1. Auszahlung von Taggeld

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

10.2.2. Taggeld infolge Mutterschaft

Taggeld infolge Mutterschaft wird erst dann ausbezahlt, wenn die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG ÖKK vorliegt.

11. Leistungen Dritter

11.1. Selbständigerwerbende Landwirte und Nichterwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartezeit als ganze Tage.

Im Weiteren gelten die Regelungen der Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG.

11.2. Sozialversicherungen

ÖKK gewährt keine Leistungen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FL etc.) gehen.

Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.

12. Schlussbestimmungen

Die vorliegenden AVB von ÖKK BLV TAGGELD treten am 1.1.2008 in Kraft.

ÖKK AGRA UNFALL

Unfallversicherung für Aushilfen in der Landwirtschaft

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 01.01.2011

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Risikoträger
 - 1.2. Gegenstand der Versicherung
 - 1.3. Versicherte Personen
 - 1.4. Unfall
- 2. Versicherungsleistungen**
 - 2.1. Heilungskosten
 - 2.2. Unfalltaggeld
 - 2.3. Invaliditätsfall
 - 2.3.1. Ermittlung des Invaliditätsgrades
 - 2.3.2. Ermittlung des Invaliditätskapitals
 - 2.4. Todesfall
 - 2.5. Einschränkungen des Deckungsumfanges
 - 2.6. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall
 - 2.6.1. Schadenanzeige
 - 2.6.2. Unfallbehandlung
- 3. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes**
- 4. Prämienzahlung und Fälligkeit**
- 5. Schlussbestimmungen**
 - 5.1. Abtretung und Verpfändung
 - 5.2. Datenbearbeitung
 - 5.3. Mitteilungen
 - 5.4. Gerichtsstand
 - 5.5. Inkrafttreten / Änderungen

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Risikoträger

Versicherungsträgerin ist die SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstrasse 35, 8048 Zürich (nachstehend SOLIDA genannt). Die ÖKK Versicherungen AG hat mit der SOLIDA Versicherungen AG einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Versicherungsdeckung bei Tod und Invalidität durch Unfall abgeschlossen. Die Gesellschaften der ÖKK-Gruppe vermitteln diese Deckung.

1.2. Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen (inklusive Arbeitsweg), welche die Versicherten erleiden. Nicht versichert sind Personen, die dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) unterstehen. Für die Abgrenzung gelten die Bestimmungen des UVG in der jeweils geltenden Fassung. Im Übrigen findet auf die Versicherung das Versicherungsvertragsgesetz Anwendung.

1.3. Versicherte Personen

Versichert sind Aushilfen und Tagelöhner jeden Alters, sofern sie nicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz vom 20.03.1981 (UVG) unterstellt sind. Bestehen Zweifel über die Unterstellung, sind die betreffenden Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) massgebend. Familienangehörige des Betriebsinhabers, welche auf dem gleichen landwirtschaftlichen Betrieb leben, gelten nicht als Aushilfen und können nicht als solche versichert werden.

1.4. Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

Als Unfälle gelten auch:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen,
- Ertrinken,
- die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern der Versicherte sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Heilungskosten

Die SOLIDA übernimmt die nachstehend aufgeführten Kosten in betraglich unbegrenzter Höhe, soweit sie innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstehen:

- die ambulante Behandlung durch den Arzt oder den Zahnarzt und die auf Anordnung des Arztes durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilwendungen. Mehrkosten, die durch Sonderwünsche des Versicherten entstehen, z. B. besonders aufwendige und teure bzw. rein kosmetische Massnahmen, werden nicht bezahlt; ferner werden die zur Heilung dienlichen Hilfsmittel, wie Stützkorsetts und dergleichen, nicht aber Prothesenkosten übernommen,
- die vom Arzt oder vom Zahnarzt verordneten Arzneimittel,
- die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung der zuständigen öffentlichen Heilanstalt. Wird ein Versicherter aus medizinischen Gründen in einer öffentlichen Heilanstalt ausserhalb seines Wohnkantons behandelt, so werden die Kosten der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt übernommen,
- die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren. Voll übernommen werden die Behandlungskosten. Der Beitrag an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung beträgt höchstens CHF 50 pro Tag,
- die notwendigen Reise-, Transport- und Rettungskosten bis höchstens CHF 10'000 pro Fall,
- die notwendige Überführung einer Leiche an den Bestattungsort bis höchstens CHF 5'000.

Die Leistungen entfallen in dem Masse, als sie von einem haftpflichtigen Dritten übernommen werden.

2.2. Unfalltaggeld

Führt der Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit, besteht während der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit für Personen, die das 15. Altersjahr beendet haben, Anspruch auf ein Taggeld von CHF 50. Die Taggeldleistung beginnt am 15. Tag nach dem Unfalltag. Sie ist begrenzt auf 730 Tage, die dem Unfalltag folgen. Das Taggeld wird voll oder teilweise, je nach Ausmass der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten, wird das halbe Taggeld ausbezahlt. Kinder, welche im Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 15 Jahre alt sind, erhalten kein Taggeld.

2.3. Invaliditätsfall

Versichert ist ein Invaliditätskapital von CHF 50'000 mit Progression. Tritt als Folge des Unfalles innerhalb von fünf Jahren eine voraussichtlich bleibende medizinisch theoretische Invalidität ein,

so zahlt die SOLIDA das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt.

Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt.

Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Der Anspruch erlischt mit dem Tode der versicherten Person.

2.3.1. Ermittlung des Invaliditätsgrades

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die nachstehenden Grundsätze verbindlich:

- a) Als Ganzinvalidität gilt der Verlust oder die volle Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust einer Hand und eines Fusses, gänzliche Lähmung und völlige Erblindung.

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Taxierung erfolgt aufgrund der nachfolgenden Prozentsätze:

Oberarm	70 %
Unterarm	65 %
Hand	60 %
Daumen mit Mittelhandglied	25 %
Daumen, Mittelhandglied erhalten	22 %
vorderstes Glied des Daumens	10 %
Zeigefinger	15 %
Mittelfinger	10 %
Ringfinger	9 %
Kleinfinger	7 %
ein Bein im Oberschenkel	60 %
ein Bein im Kniegelenk oder Unterschenkel	50 %
ein Fuss	45 %
eine Grossezehe	8 %
übrige Zehen je	3 %
Sehkraft eines Auges	30 %
Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des anderen Auges vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren war	50 %
Gehör auf beiden Ohren	60 %
Gehör auf einem Ohr	15 %
Gehör auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren war	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Niere	20 %
Milz	5 %
sehr starke, schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50 %

- b) Für psychische und nervöse Störungen wird eine Invaliditätsentschädigung nur gewährt, soweit sie auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

- c) Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.

- d) Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt.

- e) Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades nach den gleichen Richtlinien wie die Bemessung des Integritätsschadens gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) bzw. der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Dabei werden insbesondere die von der SUVA publizierten Tabellen «Integritätsentschädigung gemäss UVG» zur Anwendung gebracht.

- f) Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100% betragen kann, in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt.
- g) Eine Erschwerung der Unfallfolgen infolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung, als wenn der Unfall eine körperlich unversehrte Person betroffen hätte.
Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.
- h) Die endgültige Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes des Versicherten. Die SOLIDA darf jedoch fünf Jahre nach dem Unfall oder später den Invaliditätsgrad abschliessend feststellen lassen. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Feststellung ermittelt. Nach dieser Feststellung des Invaliditätsgrades eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, bleiben unbeachtlich.

2.3.2. Ermittlung des Invaliditätskapitals

Das Invaliditätskapital wird wie folgt berechnet:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der einfachen Versicherungssumme,
- für den 25% nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der dreifachen Versicherungssumme,
- für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aufgrund der fünffachen Versicherungssumme.

Die Leistung in Prozenten der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme wird demnach wie folgt erbracht:

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung der Versicherungssumme (%)	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung der Versicherungssumme (%)
1	1	29	37
2	2	30	40
3	3	31	43
4	4	32	46
5	5	33	49
6	6	34	52
7	7	35	55
8	8	36	58
9	9	37	61
10	10	38	64
11	11	39	67
12	12	40	70
13	13	41	73
14	14	42	76
15	15	43	79
16	16	44	82
17	17	45	85
18	18	46	88
19	19	47	91
20	20	48	94
21	21	49	97
22	22	50	100
23	23	51	105
24	24	52	110
25	25	53	115
26	28	54	120
27	31	55	125
28	34	56	130

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung der Versicherungssumme (%)	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung der Versicherungssumme (%)
57	135	79	245
58	140	80	250
59	145	81	255
60	150	82	260
61	155	83	265
62	160	84	270
63	165	85	275
64	170	86	280
65	175	87	285
66	180	88	290
67	185	89	295
68	190	90	300
69	195	91	305
70	200	92	310
71	205	93	315
72	210	94	320
73	215	95	325
74	220	96	330
75	225	97	335
76	230	98	340
77	235	99	345
78	240	100	350

Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten, entfällt die progressive Invaliditätsversicherung, d.h. die Entschädigung erfolgt aufgrund der einfachen versicherten Summe.

2.4. Todesfall

Das Todesfallkapital beträgt für Personen, die das 18. Altersjahr vollendet haben CHF 25'000, für jüngere die Hälfte.

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalles, so zahlt die SOLIDA die Todesfallsumme an die folgenden, nacheinander bezugsberechtigten Personen:

- den Ehegatten,
- die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen,
- die Eltern zu gleichen Teilen.

Sind keine der vorerwähnten Hinterbliebenen vorhanden, so zahlt die SOLIDA CHF 2'000 als Bestattungskosten. Ein allenfalls bereits ausbezahltes Invaliditätskapital wird auf das Todesfallkapital angerechnet.

2.5. Einschränkungen des Deckungsumfanges

Nicht versichert sind Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz.

2.6. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

2.6.1. Schadenanzeige

Nach Eintritt eines Unfalls ist dem Krankenversicherer eine vollständig ausgefüllte Unfallanzeige einzureichen. Bei einem Todesfall ist der Krankenversicherer unverzüglich, spätestens innert 48 Stunden elektronisch, mündlich oder schriftlich zu benachrichtigen.

2.6.2. Unfallbehandlung

Nach dem Unfall ist sobald als möglich ein patentierter Arzt beizuziehen und für sachgemässe Pflege zu sorgen. Ferner hat der Versicherte bzw. der Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Unfalls und seiner Folgen dienen kann. Der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von

der Schweigepflicht gegenüber der SOLIDA zu entbinden und die Untersuchung durch die von der SOLIDA beauftragten Ärzte zu gestatten. Im Todesfall haben die anspruchsberechtigten Hinterlassenen die Einwilligung zur Vornahme einer Sektion zu erteilen, sofern für den Tod noch andere Ursachen als der Unfall möglich sind.

3. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Genehmigung der Anmeldung zu dieser Unfallversicherung durch den Krankenversicherer. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht gekündigt wird. Der Versicherungsvertrag kann von beiden Parteien mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungs-Police genannte Ablaufdatum möglich.

4. Prämienzahlung und Fälligkeit

Der Krankenversicherer erhebt die Prämie und leitet sie an die SOLIDA weiter.

5. Schlussbestimmungen

5.1. Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung der SOLIDA weder abgetreten noch verpfändet werden.

5.2. Datenbearbeitung

Die SOLIDA bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die SOLIDA kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann die SOLIDA bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die versicherte Person hat das Recht, bei der SOLIDA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

5.3. Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind an den Krankenversicherer zu richten. Die SOLIDA Versicherungen AG anerkennt alle derartigen Mitteilungen und Anzeigen als an sich selbst erfolgt.

Alle Mitteilungen seitens des Krankenversicherers oder der SOLIDA Versicherungen AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

5.4. Gerichtsstand

Die SOLIDA anerkennt als Gerichtsstand ihren Direktionssitz oder den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Versicherten.

5.5. Inkrafttreten / Änderungen

Diese AVB treten per 1.1.2011 für Unfälle, welche sich ab diesem Datum ereignen, in Kraft.