

Zusatzversicherung für Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit

IJ

Besondere Versicherungsbedingungen nach VVG

IJAM01-A3 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---------------|---------------------------------------|----------------|---|
| Art. 1 | Zweck und Gegenstand der Versicherung | Art. 6 | Umfang des Leistungsanspruchs |
| Art. 2 | Deckungsumfang | Art. 7 | Ende des Leistungsanspruchs |
| Art. 3 | Meldung des Schadenfalles | Art. 8 | Leistungen bei Mutterschaft |
| Art. 4 | Wartefrist | Art. 9 | Überentschädigung |
| Art. 5 | Ausrichtung des Taggeldes | Art. 10 | Ausscheiden aus der Kollektivversicherung |

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ CV) nach VVG der Mutuel Versicherungen AG, Ausgabe vom 1. August 2010.

Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung bezweckt die gänzliche oder teilweise Deckung eines bescheinigten Erwerbsausfalls, der durch eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und – sofern keine gegenteilige Vereinbarung getroffen wurde – infolge Mutterschaft und Unfalls entsteht.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte nicht mehr fähig ist, seinen beim Vertragsabschluss angestammten Beruf oder eine andere seinen Fähigkeiten und Kenntnissen angepasste Erwerbstätigkeit auszuüben.

Art. 2 Deckungsumfang

1. Sofern ein entsprechender Erwerbsausfall nachgewiesen wird, erbringt der Versicherer das vereinbarte Taggeld bei einer Arbeitsunfähigkeit, die von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem zur Ausübung des Berufs zugelassenen Chiropraktor bestätigt wird.
2. Ein Versicherter, der seine Erwerbstätigkeit erhöht, vermindert oder aufgibt, hat den Versicherer davon unverzüglich und schriftlich zu unterrichten, damit das versicherte Taggeld und die entsprechenden Prämien geändert werden können. Unterlässt er diese Meldung bei Verminderung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit, so fällt sein Anspruch auf eine rückwirkende Rückerstattung der Prämien dahin.
3. Arbeitslose Versicherte haben gegen eine angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Zusatzversicherung für Taggeld in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung.

Art. 3 Meldung des Schadenfalles

1. Der Versicherte, der eine Arbeitsunfähigkeit erleidet, hat dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich zu melden und ein Arzzeugnis für das Taggeld zuzustellen.
2. Trifft die Meldung der Arbeitsunfähigkeit erst nach dem dritten Krankheits- oder Unfalltag beim Versicherer ein, so gilt der Tag, an dem sie eingeht, als erster Tag.
3. Für Taggelder mit aufgeschobenem Leistungsbeginn muss die Arbeitsunfähigkeit spätestens drei Tage nach Ablauf der Wartefrist gemeldet werden.
4. Bei verspäteter Einreichung des Arzzeugnisses ohne Verschulden des Versicherten oder des Versicherungsnehmers gilt der Beginn der Behandlung als erster Tag der Krankheit oder der Arbeitsunfähigkeit.

Art. 4 Wartefrist

1. Das Taggeld wird ab und mit dem vierten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet, sofern keine andere Wartefrist in der Police aufgeführt ist.
2. Die Wartefrist gilt für jede Krankheit, Mutterschaft oder jeden Unfall und bei jeder neuen Arbeitsunfähigkeit.
3. Die Tage einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% zählen bei der Berechnung der Wartefrist als ganze Tage.

Art. 5 Ausrichtung des Taggeldes

1. Nach Anerkennung des Leistungsanspruchs richtet der Versicherer das Taggeld am Ende der Arbeitsunfähigkeit aus; dauert diese jedoch länger als dreissig Tage, so wird das Taggeld erstmals am Ende dieses Zeitabschnitts, dann monatlich ausbezahlt.

2. Unter Vorbehalt des Grenzgängerstatus wird das Taggeld für eine im Ausland behandelte Krankheit nicht ausgerichtet.

Art. 6 Umfang des Leistungsanspruchs

1. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten oder Unfälle während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder werden an die obenerwähnte Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der unter Ziffer 6.1 vorgesehenen Dauer ausgerichtet.
3. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 50% gibt keinen Anspruch auf Leistungen.
4. Die teilweise entschädigten Tage zählen bei der Berechnung der Bezugsdauer als ganze Tage.

Art. 7 Ende des Leistungsanspruchs

Unter Vorbehalt der Erschöpfung des Leistungsanspruchs (Artikel 6.1) und in Ergänzung zu Artikel 4 AVZ CV erlischt der Leistungsanspruch spätestens am Ende des Monats, in dem der Versicherte seine Erwerbstätigkeit aufgibt oder das 65. Altersjahr vollendet. Über diese Zeit hinaus wird das Taggeld während längstens 90 Tagen ausgerichtet, sofern der im AHV-Alter stehende Versicherte weiterhin erwerbstätig ist und folglich die Prämien dieses Versicherungsproduktes entrichtet.

Art. 8 Leistungen bei Mutterschaft

1. Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird das versicherte Taggeld ausgerichtet, sofern die Versicherte bis zum Tag der Niederkunft während mindestens 270 Tagen ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.
2. Das Mutterschaftstaggeld wird während 16 Wochen ausgerichtet, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Es darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Ziffer 6 angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.
3. Für acht Wochen vor und acht Wochen nach der Niederkunft wird kein Krankengeld ausgerichtet. Das Unfallgeld bleibt vorbehalten.

Art. 9 Überentschädigung

Hat der Versicherte ebenfalls Anspruch auf Leistungen eines in Artikel 14 Ziff. 5 AVZ CV erwähnten Sozialversicherers oder einer entsprechenden Versicherungseinrichtung mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein oder in anderen Ländern, so ergänzt der Versicherer diese Leistungen bis zur Höhe des effektiven Erwerbsausfalls. Der Versicherer richtet höchstens das vereinbarte Taggeld aus.

Diese Bestimmung gilt ebenfalls für Taggelder, die auf der Police in Frankenbeträgen festgelegt wurden.

Kollektivversicherung

Art. 10 Ausscheiden aus der Kollektivversicherung

1. Scheidet ein Versicherter aus der Kollektivversicherung aus, weil er nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat er das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Soweit der Versicherte in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Vorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter wird beibehalten.
2. Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass der Versicherte schriftlich über sein Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherte in der Kollektivversicherung. Der Versicherte hat sein Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.