

Allgemeine Bedingungen der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG

PC

PCAM02-A1 – Ausgabe 01.02.2016

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1** Zweck der Versicherung
Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags
Art. 3 Definitionen

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4** Versicherungspolice
Art. 5 Versicherte Personen
Art. 6 Versicherungsdeckungen
Art. 7 Beitritt mit Gesundheitsprüfung

C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 8** Beginn und Ende des Vertrags
Art. 9 Kündigung im Schadenfall
Art. 10 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs

D. Versicherungsdeckung

- Art. 11** Beginn und Ende der Versicherungsdeckung und des Leistungsanspruchs
Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung

E. Taggeld

- Art. 13** Versicherte Leistungen
Art. 14 Unbezahlter Urlaub
Art. 15 Lohnnachgenuss

- Art. 16** Leistungen im Ausland
Art. 17 Durch Verschulden verursachte Unfähigkeit
Art. 18 Einschränkung des Leistungsanspruchs

F. Zusätzliches Taggeld bei Mutterschaft

- Art. 19** Versicherte Leistungen

G. Zusätzliche Taggeldversicherung

- Art. 20** Leistungsumfang

H. Prämien

- Art. 21** Prämienzahlung
Art. 22 Anpassung des Prämienatzes
Art. 23 Prämienabrechnung
Art. 24 Überschussbeteiligung

I. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 25** Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 26 Pflichten der Versicherten
Art. 27 Leistungen Dritter
Art. 28 Überentschädigung
Art. 29 Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 30 Maklerklausel
Art. 31 Mitteilungen
Art. 32 Erfüllungsort
Art. 33 Gerichtsstand

A. Allgemeines

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der risikotragende Versicherer ist in der Police erwähnt. Er versichert die wirtschaftlichen Folgen einer Unfähigkeit bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaftsurlaub gemäss den Definitionen in den vorliegenden Versicherungsbedingungen, sofern diese Risiken in der Police aufgeführt sind.

Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

- den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Zusatzbedingungen oder Besonderen Bedingungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
- den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten, sowie den jeweiligen medizinischen

Fragebogen

- dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
- dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet

Art. 3 Definitionen

- AHVG: Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
BVG: Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung
UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung
MVG: Bundesgesetz über die Militärversicherung
EOG: Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
FamZG: Bundesgesetz über die Familienzulagen
AVIG: Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
OR: Obligationenrecht
- Gesundheitsbeeinträchtigung

- Die Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst Krankheit und/oder Unfälle ein.
3. Krankheit
Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die medizinisch und objektiv feststellbar und nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist, und ausserdem eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Unfähigkeit zur Folge hat. Die im Rahmen einer Schwangerschaft auftretenden Komplikationen sind einer Krankheit gleichgestellt.
 4. Unfall
Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die medizinisch und objektiv feststellbar ist und eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Spätfolgen und Rückfälle eines Unfalls, unfallähnliche Körperschädigungen sowie Berufskrankheiten im Sinn des UVG sind den Unfällen gleichgestellt.
 5. Mutterschaftsurlaub
Als Mutterschaftsurlaub gilt der ununterbrochene Zeitabschnitt vom Tag der Niederkunft bis zum Ende der im EOG oder im geltenden kantonalen Gesetz vorgesehenen Dauer. Massgebend ist jeweils die höhere Dauer.
 6. Unfähigkeit
Wird nichts anderes vereinbart, bezeichnet der Begriff Unfähigkeit sowohl die Arbeitsunfähigkeit als auch die Erwerbsunfähigkeit.
 7. Arbeitsunfähigkeit
Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Monate, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab.
 8. Erwerbsunfähigkeit
 - a. Als Erwerbsunfähigkeit gilt der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
 - b. Zur Bestimmung, ob eine Erwerbsunfähigkeit besteht, werden einzig die auf die Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführenden medizinischen Einschränkungen berücksichtigt.
 - c. Die Erwerbsunfähigkeit ergibt sich aus der Differenz zwischen dem vor der Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf erzielten Einkommen und dem durchschnittlichen Einkommen, das gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der Kompetenzen des Versicherten in einem anderen Aufgabenbereich erreicht werden könnte.
 9. Versicherungsfall
Unter Versicherungsfall wird der Eintritt einer Unfähigkeit verstanden, die Anspruch auf Leistungen gibt und auf eine oder mehrere Gesundheitsbeeinträchtigungen zurückzuführen ist.

10. Rückfall/neuer Versicherungsfall
Eine Unfähigkeit, die medizinisch auf einen früheren Versicherungsfall zurückzuführen ist, gilt als Rückfall. Der Rückfall gilt nur dann als neuer Versicherungsfall, wenn er nach 365 Tagen ab Ende des Leistungsanspruchs des vorherigen Versicherungsfalls auftritt.
11. Entsandter Arbeitnehmer
Versicherte, die im Ausland für einen Schweizer Arbeitgeber arbeiten und solche, die sich für eine Weiterbildung im Ausland befinden und dabei von ihrem Schweizer Arbeitgeber entlohnt werden, gelten als entsandte Arbeitnehmer.

B. Umfang der Versicherung

Art. 4 Versicherungspolice

Der Versicherungsumfang ist in der Versicherungspolice detailliert aufgeführt, insbesondere die versicherten Risiken, die Höhe des für die Berechnung der Leistungen berücksichtigten Maximallohns, der Prozentsatz des versicherten Lohns, die Wartezeit, die Leistungsdauer und allfällige besondere Bedingungen.

Art. 5 Versicherte Personen

1. Die versicherten Personen sind in der Versicherungspolice aufgeführt.
2. Die versicherten Personen können folgende sein:
 - die Arbeitnehmer
 - der Besitzer eines Einzelunternehmens sowie seine Familienmitglieder, wenn namentlich in der Versicherungspolice erwähnt
 - die Gesellschafter, wenn in der Versicherungspolice erwähnt
3. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung ist eine Person, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police, beziehungsweise per Beginn des Arbeitsverhältnisses, ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, nicht versichert. Sie ist versichert, sobald sie während mindestens 30 Tagen wieder voll arbeitsfähig war. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.
4. Der Bezüger einer Invalidenrente ist versichert für den Erwerb aus seiner konkret und dauerhaft verwerteten Restarbeitsfähigkeit. Für die Fälle mit ausgeschöpften Leistungen bleiben die Bestimmungen der zusätzlichen Taggeldversicherung vorbehalten.

Art. 6 Versicherungsdeckungen

1. Alle Schadenfälle, die während der Dauer der kollektiven Versicherungsdeckung auftreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet
2. Der Versicherungsnehmer kann zwischen zwei Versicherungsdeckungen wählen:
 - a. Variante 1
Die Leistungen werden pro Versicherungsfall während höchstens 730 Tagen mit BVG-Koordination ausgerichtet.

- b. Variante 2
Der Leistungsanspruch beträgt für eine oder mehrere Unfähigkeiten höchstens 730 Tage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen.

Art. 7 Beitritt mit Gesundheitsprüfung

Eine Gesundheitsprüfung kann verlangt werden, wenn dies im Antrag oder in der Versicherungspolice so vorgesehen ist.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 8 Beginn und Ende des Vertrags

1. Inkrafttreten
Die Police enthält sowohl Vertragsbeginn als auch Vertragsende. Letzteres ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
2. Stillschweigende Verlängerung des Vertrags
Geht bis spätestens 30. September des Kalenderjahres keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei Ablauf der Police stillschweigend jeweils um ein Jahr.
3. Vertragsende
Der Vertrag endet:
 - a. bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens gegen das versicherte Unternehmen
 - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 21 Absatz 7 dieser Bedingungen
 - c. wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird
 - d. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer
 - e. bei Kündigung aufgrund einer Prämienerrhöhung im Sinn von Artikel 22 dieser Bedingungen
 - f. wenn der Versicherer seine Informationspflicht gemäss Artikel 3 VVG verletzt

Art. 9 Kündigung im Schadenfall

1. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
2. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm durch das VVG zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu.

Art. 10 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs

Die Versicherungspolice kann annulliert oder gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt oder zu erzielen versucht hat.

D. Versicherungsdeckung

Art. 11 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung und des Leistungsanspruchs

1. Beginn der Versicherungsdeckung
Die Versicherungsdeckung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag des Inkrafttretens seines Arbeitsvertrags, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der Police.
2. Ende der Versicherungsdeckung
Die Versicherungsdeckung endet für jeden Versicherten:
 - a. mit Beendigung des Arbeitsvertrags
 - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 21 dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen
 - c. nach Ablauf oder mit dem Ruhen des Versicherungsvertrags
 - d. spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht
 - e. nach Ablauf der UVG-Versicherungsdeckung für entsandte Arbeitnehmer
3. Ende des Leistungsanspruchs
Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:
 - a. mit dem Ruhen der Versicherungsdeckung infolge unbezahlter Prämien
 - b. bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
 - c. am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht
 - d. am Ende eines Arbeitsverhältnisses, das 3 Monate oder weniger dauert
 - e. mit der Kündigung der Police, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird

Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung

1. In der Schweiz wohnhafte Versicherte, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ihre Versicherungsdeckung ohne neuen Vorbehalt in der Einzelversicherung fortzuführen. Der Versicherte hat dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem er aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, geltend zu machen. Bei der Kündigung der Police hat er unter Vorbehalt von Artikel 12 Absatz 6 der vorliegenden Bedingungen die gleichen Rechte und Pflichten.

2. Grenzgänger, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ihre Versicherungsdeckung ohne neuen Vorbehalt in der Einzelversicherung fortzuführen, wenn sie in der Schweiz weiterhin erwerbstätig sind. Der Versicherte hat dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem er aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, geltend zu machen. Bei der Kündigung der Police hat er unter Vorbehalt von Artikel 12 Absatz 6 der vorliegenden Bedingungen die gleichen Rechte und Pflichten.
3. Beim Übertritt garantiert der Versicherer eine Versicherungsdeckung, die dem Betrag des Taggelds, der Wartefrist und der Leistungsdauer der kollektiven Police entspricht. Das Taggeld wird proportional gekürzt, wenn der Betrag des neuen tatsächlichen Einkommens oder der Arbeitslosenentschädigung kleiner ist
4. Die Tarife und die geltenden allgemeinen Bedingungen der Einzelversicherung sind anwendbar.
5. Massgebend für die Berechnung der Prämie ist das Alter im Zeitpunkt des Beitritts in den Kollektivvertrag.
6. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht:
 - a. bei Kündigung der kollektiven Versicherungspolice und Übernahme des Vertrags durch einen anderen Versicherer mit dem gleichen Kreis der Versicherten oder Teilen davon
 - b. für Selbstständigerwerbende und Arbeitgeber sowie deren nicht AHV-pflichtige Familienangehörige
 - c. für Personen mit einem Arbeitsvertrag für 3 Monate oder weniger, sowie für zeitweise beschäftigte Hilfskräfte
 - d. wenn der Versicherte die Arbeitsstelle wechselt und in die Taggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers übertritt
 - e. für Versicherte, die das AHV-Alter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden
3. Ärztliche Bestätigung der Unfähigkeit
 - a. Wurde das erste ärztliche Zeugnis mehr als 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit ausgestellt, behält sich der Versicherer das Recht vor, den Tag, an dem dieses Zeugnis ausgestellt wurde, als ersten Tag der Unfähigkeit zu betrachten.
 - b. Der Versicherer übernimmt Leistungen für eine ärztlich attestierte und nachgewiesene Unfähigkeit. Die Bestätigungen des Arztes beruhen auf regelmässigen Konsultationen in seiner Praxis und müssen dem Versicherer mindestens einmal pro Monat vorgelegt werden.
4. Leistungsanspruch während des Mutterschaftsurlaubs
Die Leistungspflicht ruht während des Mutterschaftsurlaubs, unter Vorbehalt eines zusätzlich zum Erwerbserlass bei Mutterschaft entrichteten Taggeldes.
5. Schaden- und Summenversicherung
Vorbehaltlich einer ausdrücklich anderslautenden Bestimmung obliegen die Taggelder der Schadenversicherung.
6. Leistungsanspruch ab dem Erreichen des AHV-Alters
Personen, die ab Erreichen des AHV-Alters weiterhin zum Kreis der Versicherten gehören, haben Anspruch auf 180 Taggelder für eine oder mehrere Unfähigkeiten. Falls die Unfähigkeit jedoch vor dem AHV-Alter begonnen hat und sofern die Weiterführung des Arbeitsvertrags vor der Unfähigkeit beschlossen wurde, ist der maximale Anspruch ab dem AHV-Alter auf den gemäss der Police verbleibenden Leistungsanspruch begrenzt, wenn dieser weniger als 180 Tage beträgt.
7. Erschöpfung
Der Versicherte kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet. In diesem Fall vergütet der Versicherer die Leistungen gemäss der Evaluierung der Unfähigkeit durch den Vertrauensarzt.
8. Berechnung des Taggeldes
 - a. Die Berechnung des versicherten Taggeldes basiert auf der Deklaration des Arbeitgebers anhand der vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formulare. Die Familienzulagen werden berücksichtigt, sobald sie von keinem Anspruchsberechtigten mehr bezogen werden.
 - b. Bei der Taggeldversicherung in Lohnprozenten erfolgt die Berechnung für die Stunden- und Monatslöhne unter Vorbehalt der Bestimmungen des Gesamtarbeitsvertrags wie folgt:

Stundenlohn
Brutto-Grundstundenlohn (eventuell mit 13. Monatslohn) multipliziert mit:
der Anzahl der durchschnittlichen Wochen- oder Jahresstunden multipliziert mit:
52 Wochen (wenn Wochenstunden) geteilt durch:
365 Tage (inklusive Schaltjahr) multipliziert mit:
dem vereinbarten Prozentsatz des versicherten Lohnes. Auf diese Weise sind die Entschädigungen für Ferien- und Feiertage für die Berechnung des Taggeldes eingerechnet. Beim Brutto-Grundstundenlohn werden die Ferien- und Feiertage nicht zum Grundlohn hinzugerechnet.

E. Taggeld

Art. 13 Versicherte Leistungen

1. Teilarbeitsunfähigkeit
 - a. Das Taggeld wird proportional zum Grad der Unfähigkeit, die mindestens 25% betragen muss, ausgerichtet. Tage mit einer Unfähigkeit unter diesem Grad werden bei der Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist nicht berücksichtigt.
 - b. Vergütete Tage mit teilweiser Unfähigkeit werden als ganze Tage angerechnet.
2. Meldung der Unfähigkeit
 - a. Jede volle oder teilweise Unfähigkeit muss dem Versicherer innert 15 Tagen nach ihrem Eintritt gemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist gilt der Tag, an dem der Versicherer Kenntnis der Unfähigkeit erhalten hat, als erster Tag der Unfähigkeit.
 - b. Ist die Meldung aus entschuldigen Gründen verspätet erfolgt, beschränkt sich die Auszahlung der Taggelder auf 180 Tage vor dem Tag der Meldung.

Monatslohn:

Monatslohn multipliziert mit:

12 Monaten (oder 13 bei 13. Monatslohn) geteilt durch:
365 Tage (inklusive Schaltjahr) multipliziert mit:
dem vereinbarten Prozentsatz des versicherten Lohnes

9. Lohnschwankungen

Unterliegt das Einkommen starken Schwankungen (z. B. Vergütung auf Kommissionsbasis, unregelmässiger Auswahldienst oder Temporäranstellung), wird das Taggeld dadurch bestimmt, indem der während 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit erhaltene Lohn durch 365 geteilt wird.

10. Lohnerhöhung

Eine Lohnerhöhung während der Unfähigkeit kann berücksichtigt werden, wenn sie vor der Unfähigkeit vereinbart worden ist oder sie im Gesamtarbeitsvertrag vorgesehen ist.

11. Wartefrist

- Das geschuldete Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist für jeden Tag der Unfähigkeit ausgerichtet (inklusive Sonn- und Feiertage).
- Wenn in der Police eine Wartefrist pro Unfähigkeit vorgesehen ist, wird diese bei jeder Unfähigkeit, die Anspruch auf Leistungen gibt, angewendet. Bei einem Rückfall kommt nur die allfällig verbleibende Wartefrist zur Anwendung.
- Ist eine Wartefrist pro Kalenderjahr in der Police vorgesehen, wird sie ein einziges Mal pro Kalenderjahr für eine oder mehrere Unfähigkeiten, die Anspruch auf Leistungen geben, angewendet. Bei einer ununterbrochenen Unfähigkeit während mehrerer Jahre wird die jährliche Wartefrist nur ein einziges Mal angewendet.
- Wenn die laufende Arbeitsunfähigkeit nicht mehr unfall- sondern krankheitsbedingt ist oder umgekehrt, gilt eine neue Wartefrist für das neue Risiko (Krankheit, Unfall), ausser, beide Risiken sind vom gleichen Versicherer gedeckt.
- Die Wartefrist wird der Leistungsdauer angerechnet.

Art. 14 Unbezahlter Urlaub

- Dauert der vertraglich vereinbarte, unbezahlte Urlaub des Versicherten länger als ein Monat, muss der Arbeitgeber dem Versicherer vor Beginn dieses Urlaubs den entsprechenden Zeitraum schriftlich mitteilen. Die Versicherungsdeckung wird während höchstens 12 Monaten aufrechterhalten. Die Versicherungsdeckung ruht ohne entsprechende Mitteilung.
- Der Versicherte hat frühestens am voraussichtlichen Tag der Wiederaufnahme der Arbeit wieder Anspruch auf Leistungen. Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der Unfähigkeit.

Art. 15 Lohnnachgenuss

Stirbt der Versicherte infolge einer leistungspflichtigen Unfähigkeit, erbringt der Versicherer das Taggeld im Rahmen des Leistungsanspruchs und der Bestimmungen von Artikel 338 OR.

Art. 16 Leistungen im Ausland

- Während eines Aufenthalts im Ausland, beziehungsweise ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes für Grenzgänger (Umkreis von 100 km), werden, unter Vorbehalt von Absatz 3, keine Leistungen gewährt. Diese werden dem Versicherten bei der amtlich bestätigten Rückkehr in die Schweiz, beziehungsweise in die Umgebung des Wohnsitzes im Fall des Grenzgängers, gewährt. Für die Dauer eines Spitalaufenthalts werden die Leistungen jedoch gewährt, wenn eine Repatriierung nicht möglich ist.
- Der entsandte Arbeitnehmer hat Anspruch auf Leistungen, solange er gemäss UVG versichert ist, aber höchstens während 6 Jahren und danach erst ab seiner Rückkehr in der Schweiz.
- Versicherte, die sich während ihrer Unfähigkeit ins Ausland begeben möchten, beziehungsweise Grenzgänger, welche die Umgebung ihres Wohnsitzes (Umkreis von 100 km) verlassen möchten, haben den Versicherer vorgängig darüber zu informieren. Dieser behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen nach einer Analyse der Umstände für einen begrenzten Zeitraum weiterhin zu entrichten. Ohne Zustimmung des Versicherers werden keine Leistungen während des Aufenthalts gewährt.

Art. 17 Durch Verschulden verursachte Unfähigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach Gesetz zustehende Recht, seine Leistungen für Erkrankungen, welche die versicherte Person absichtlich oder durch ein grobes Verschulden verursacht hat, zu kürzen.

Art. 18 Einschränkung des Leistungsanspruchs

- Die Leistungen werden verweigert:
 - bei Vorbehalt oder Verletzung der Anzeigepflicht
 - bei Unfähigkeit infolge einer freiwilligen Schönheitsoperation, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird
 - bei Unfähigkeiten infolge von Erdbeben
 - bei Unfähigkeiten infolge von Kriegsereignissen
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, wo er sich aufhält, überrascht worden und die Unfähigkeit tritt innert 3 Monaten seit Beginn der Ereignisse ein
 - bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu**
 - bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden (Gesundheitsschäden infolge von medizinischen Behandlungen ausgeschlossen)
 - bei Unfähigkeiten bei Militärdienst im Ausland
- Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:
 - wenn der Unfall durch das Verschulden des Versicherten verursacht wurde, bei aussergewöhnlichen Gefahren und bei Wagnissen im Sinne des UVG

- b. wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Artikeln 25 und 26 dieser Bedingungen aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält
- c. wenn der Versicherte sich weigert, bei den Anordnungen des Versicherers mitzuwirken (z. B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen), oder wenn er ohne triftigen Grund nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, die bereits erbrachten Leistungen zurückzufordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen.
- d. wenn der Versicherte sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können
- e. wenn der Versicherte den Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig stellt. In diesem Fall wird die Vergütung der Taggelder bis zum Tag der Antragstellung aufgeschoben.

F. Zusätzliches Taggeld bei Mutterschaft

Art. 19 Versicherte Leistungen

Diese Versicherungsdeckung wird gewährt, wenn sie in der Police vorgesehen ist.

1. Das zusätzlich bei Mutterschaft entrichtete Taggeld unterliegt dem Recht auf Mutterschaftsleistungen des Bundes gemäss EOG oder der Kantone.
2. Das zusätzliche Mutterschaftstaggeld wird nur während des Zeitraums, in dem die Mutterschaftsleistungen des Bundes gemäss EOG und/oder der Kantone vergütet werden, ununterbrochen entrichtet.

G. Zusätzliche Taggeldversicherung

Art. 20 Leistungsumfang

1. Falls die zusätzliche Taggeldversicherung in der Police vorgesehen ist, deckt sie den Erwerb aus der konkret und dauerhaft verwerteten Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Unternehmen, nachdem dieser seinen Anspruch auf Leistungen für einen Versicherungsfall ausgeschöpft hat. Dem Versicherten wird für diesen Versicherungsfall eine neue Versicherungsdeckung für 180 Taggelder innerhalb von 5 Jahren seit der Ausschöpfung gewährt.
2. Die Wartefrist gilt für jede Arbeitsunfähigkeit, wird aber nicht an die Leistungsdauer von 180 Tagen angerechnet.
3. Der Versicherte hat nicht mehr als einmal Anspruch auf die zusätzliche Versicherungsdeckung.
4. Falls der Versicherte die Leistungen der zusätzlichen Taggeldversicherung 5 Jahre nach Beginn dieser Versi-

cherungsdeckung nicht ausgeschöpft hat, hat er erneut Anspruch auf die in der Police vorgesehene Hauptversicherung gemäss Artikel 6 dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen.

H. Prämien

Art. 21 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung wird der Prämiensatz pro Kalenderjahr festgelegt.
3. Die Prämie ist am in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar.
4. Die provisorische Prämie kann jederzeit vom Versicherer geändert werden.
5. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der Lohnsumme im Laufe des Jahres angepasst werden.
6. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht entrichtet, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt Gebühren während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.
 - Die während des Ruhens der Versicherung eintretenden Schadenfälle sind nicht gedeckt.
 - Bei laufenden Schadenfällen wird das Ruhen der Leistungspflicht am Datum, an dem die ausstehenden Prämien bezahlt worden sind, aufgehoben.
7. Fordert der Versicherer die rückständige Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.
8. Während des Ruhens der Versicherung werden die Tage der Unfähigkeit an die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

Art. 22 Anpassung des Prämiensatzes

1. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung ist der Versicherer berechtigt, den Prämiensatz jedes Jahr der Schadenentwicklung oder bei einer Änderung des Prämientarifs anzupassen. Die Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
2. Der Versicherer kann den Prämiensatz an veränderte Verhältnisse (Fusion, Spaltung, Übernahme u. a.) sowie bei bedeutenden Änderungen in der Zusammensetzung des Versichertenkreises anpassen, sofern die Lohnsumme dadurch um plus oder minus 10% variiert.
3. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe des neuen Prämiensatzes.

4. Trifft vor Ende des Jahres kein eingeschriebenes Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.

Art. 23 Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, auf Grundlage der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 25 der vorliegenden Versicherungsbedingungen gelieferten Dokumente erstellt.

Art. 24 Überschussbeteiligung

1. Der Versicherungsnehmer erhält den vereinbarten Anteil an einem allfälligen Überschuss gemäss den in der Police vorgesehenen Bestimmungen.
2. Die Abrechnung erfolgt frühestens 5 Monate nach Ende der Abrechnungsperiode, jedoch erst nach Abwicklung und Entschädigung aller Schäden aus diesem Zeitraum.
3. Werden Schadenfälle aus einer abgeschlossenen Abrechnungsperiode nach Erstellen der Abrechnung gemeldet oder vergütet, wird eine neue Abrechnung für die Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zu viel ausbezahlte Überschüsse zurück.
4. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird nur dann überwiesen, wenn die Versicherungspolice bis zum Ende der Abrechnungsperiode in Kraft war.
5. Bei der Berechnung der Überschussbeteiligung werden alle Schadenfälle, die während der kollektiven Versicherungsdeckung eintreten, dem Kollektivvertrag angerechnet.
6. Prämien und Leistungen aus dem zusätzlichen Taggeld bei Mutterschaft werden bei der Berechnung der Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt.

I. Verschiedene Bestimmungen

Art. 25 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung aufrechtzuerhalten, wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt oder wenn der Vertrag endet.
2. Im Sinn der Informationspflicht (Art. 3 VVG) ist der Versicherungsnehmer auch verpflichtet, die versicherten Personen über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.
3. Jede volle oder teilweise Unfähigkeit muss dem Versicherer innert 15 Tagen nach ihrem Eintritt gemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist gilt der Tag, an dem der Versicherer Kenntnis der Unfähigkeit erhalten hat, als erster Tag der Unfähigkeit.

4. Der Versicherungsnehmer teilt dem Versicherer umgehend mit, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeits- oder erwerbsunfähigen Versicherten endet.
5. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung legt der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Lohnsummendeklaration und auf Anfrage die AHV-Abrechnungen der Versicherten vor. Sendet der Versicherungsnehmer die Lohnsummendeklaration nicht innert 30 Tagen nach Anfrage des Versicherers, wird er vom Versicherer gemahnt. Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht. Für die Zahlung der Zusatzprämie ist Artikel 21 dieser Versicherungsbedingungen entsprechend anwendbar.
6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Ausgleichskasse der AHV übergeben werden, einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzuschieben.
7. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, Buchungsbelege, amtliche Unterlagen usw.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.
8. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung (Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufes) zu informieren.

Art. 26 Pflichten des Versicherten

1. Ein arbeits- oder erwerbsunfähiger Versicherter muss während der Unfähigkeit für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben (z. B. Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt).
2. Der Versicherte liefert dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer usw.). Ausserdem meldet der Versicherte dem Versicherer unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter u. a.)
3. Der Versicherte befreit das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
4. Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit dem Versicherer und vom ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) verpflichtet. Er hat insbesondere deren Anweisungen zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

5. Der Versicherte ist verpflichtet, spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen.
6. Der Versicherte unterliegt der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungseinrichtungen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung u. a.) verpflichtet.
7. Der Versicherte lässt sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln oder beteiligt sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Erwerbsmöglichkeit geschaffen werden kann.
8. Der Versicherte hat spätestens 3 Tage nach Beginn seiner Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten.
9. **Bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu gehen die Kosten für die Untersuchungen im Rahmen der Unfähigkeit des Versicherten sowie die Kosten für die Dossierbearbeitung zulasten des Versicherten.**

Art. 27 Leistungen Dritter

1. Der Versicherer erbringt seine Leistungen ergänzend zu den Erwerbsausfallleistungen, die durch andere Sozial- oder Privatversicherer gedeckt sind. Dies im Umfang des in der Police vorgesehenen Versicherungsschutzes.
2. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aufgrund einer Sanktion, gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
3. Ist der Erwerbsausfall durch mehrere Privatversicherer gedeckt, darf der Gesamtbetrag ihrer Leistungen den erlittenen Erwerbsausfall nicht übersteigen. In diesem Fall entschädigt der Versicherer den Erwerbsausfall im Verhältnis zum Anteil des von ihm versicherten Taggeldes am Gesamtbetrag der versicherten Taggelder.
4. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Eintretens des versicherten Risikos bis zur Höhe der vertraglichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihren Hinterlassenen ein.
5. Trifft der Versicherte mit einem leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in der er ganz oder teilweise auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichtet, so vermindert sich der Anspruch der vertraglich vereinbarten Leistungen entsprechend.
6. Der Versicherer schiesst Leistungen vor, solange kein Rentenanspruch aus der Invalidenversicherung (IVG), einer Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung (BVG) oder eines ausländischen oder privaten Versicherers besteht. Sobald eine oder mehrere dieser Einrichtungen eine Rente gewährt, ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung der zu viel bezahlten Summe direkt bei den betroffenen Einrichtungen oder bei einem allfälligen Dritten zu verlangen. Der rückerstattete Betrag steht dem Versicherer zu.

7. Für die Berechnung der Leistungsdauer gelten die Tage, an denen die Leistungen wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter gekürzt wurden, als ganze Tage.
8. Die Anzahl Tage, an denen durch frühere Versicherer Taggelder entrichtet wurden, werden insbesondere im Rahmen des Übertrittsrechts an die Dauer des Leistungsanspruchs der Kollektivversicherung angerechnet.

Art. 28 Überentschädigung

Die Leistungen des Versicherers oder ihr Zusammentreffen mit Leistungen anderer Versicherer dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Eine Überentschädigung, das heisst der Teil des Taggeldes, der den tatsächlichen Lohn-/Erwerbsausfall oder die in der Police vorgesehenen Leistungen übersteigt, muss dem Versicherer rückerstattet werden.

Art. 29 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Ohne die Zustimmung des Versicherers kann der Versicherungsnehmer seine Forderung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 30 Maklerklausel

Beauftragt der Versicherungsnehmer einen Makler, laufen die Geschäftsbeziehungen mit dem Versicherer über ihn. Der Makler leitet alle Meldungen, Anfragen und Antworten von einer Partei zur anderen, Zahlungen ausgenommen. Sobald diese Daten beim Makler eintreffen, gelten sie als beim Versicherungsnehmer eingegangen.

Art. 31 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 32 Erfüllungsort

Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.

Art. 33 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, bzw. dem Versicherten oder dem Anspruchsberechtigten, wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnet der Versicherte im Ausland, ist der Arbeitsort in der Schweiz Gerichtsstand.