

Neue AVB 2022

Kollektive Taggeldversicherung gemäss VVG

- ↳ Übersicht über Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2022

Vertragsende

AVB PCAM03 – 01.09.2016	AVB PCGA01 – 01.01.2022
Art. 8.3 Vertragsende Der Vertrag endet: a. bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens gegen das versicherte Unternehmen [...]	Art. 7.3 Der Vertrag endet: b. bei der Einstellung der Tätigkeit des versicherten Unternehmens [...]

Gemäss dem neuen Artikel 46a VVG kann der Vertrag bei Konkursöffnung nicht mehr beendet werden. Das Konkursamt ist für die Ausführung verantwortlich.

Leistungen für Personen, die eine Altersrente der AHV beziehen

AVB PCAM03 – 01.09.2016	AVB PCGA01 – 01.01.2022
Art. 13.6 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.	Art. 14 Ab der Auszahlung der AHV-Altersrente hat der Versicherte Anspruch auf höchstens 180 Taggelder für eine oder mehrere Unfähigkeiten. Wenn eine Unfähigkeit vor der Auszahlung der AHV-Rente eintritt, ist der Leistungsanspruch auf den Rest der gemäss Police vorgesehenen Leistungsdauer begrenzt, jedoch höchstens 180 Tage, sofern die Weiterführung des Arbeitsvertrags vor der Unfähigkeit vereinbart wurde.

Umstellung auf das Prinzip der AHV-Rentenauszahlung und nicht mehr auf das AHV-Alter (Flexibilität bei Pensionierung)

Leistungsanspruch bei einem Arbeitsvertrag von drei Monaten oder weniger

AVB PCAM03 – 01.09.2016

Art. 11.3

Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:
d. am Ende eines Arbeitsverhältnisses, das 3 Monate oder weniger dauert

AVB PCGA01 – 01.01.2022

Art. 15

Die Leistungsdauer für Versicherte bei einem Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger ist auf 90 Tage begrenzt.

Berechnung des Taggeldes

AVB PCAM03 – 01.09.2016

Art. 13.8

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.

AVB PCGA01 – 01.01.2022

Art. 19

1. Grundlage für die Berechnung des Taggeldes ist der im versicherten Unternehmen erzielte AHV-Lohn. Berücksichtigt werden auch Löhne und Lohnbestandteile, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind, sowie die Familienzulagen, sobald sie von keinem Anspruchsberechtigten mehr bezogen werden.
2. Für AHV-pflichtige Lohnbestandteile, die im Zeitpunkt des Schadenfalls noch nicht bezahlt wurden und auf welche die versicherte Person Anspruch erheben könnte, entspricht das Taggeld den Lohnbestandteilen, die sie innerhalb der 12 Monate vor der Unfähigkeit, frühestens jedoch ab dem Anstellungsdatum erhalten hat, geteilt durch 365.

Berücksichtigung des AHV-Lohns

Unbezahlter Urlaub

AVB PCAM03 – 01.09.2016

Art. 14

1. 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.
2. Der Versicherte hat frühestens am voraussichtlichen Tag der Wiederaufnahme der Arbeit wieder Anspruch auf Leistungen. Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der Unfähigkeit.

AVB PCGA01 – 01.01.2022

Art. 20

1. Während eines unbezahlten Urlaubs bleibt der Versicherungsschutz bis maximal 12 Monate aufrechterhalten.
2. Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der Unfähigkeit. Der Anspruch auf Leistungen beginnt frühestens am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit.

Aufhebung der Meldepflicht

Leistungen ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes

AVB PCAM03 – 01.09.2016

Art. 16

1. 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.
2. 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.
3. 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.

AVB PCGA01 – 01.01.2022

Art. 23

1. Gemäss Artikel 38 Absatz 1 dieser AVB gilt Folgendes:
 - a. Bei Auftreten einer Unfähigkeit ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten (Umkreis von 200 km), hat dieser Anspruch auf Leistungen, solange medizinisch nachgewiesen ist, dass eine Rückkehr nicht möglich ist, insbesondere während der Dauer eines Spitalaufenthalts.
 - b. Möchte der Versicherte während seiner Unfähigkeit die Umgebung seines Wohnsitzes (Umkreis von 200 km) verlassen, so hat er den Versicherer darüber vorgängig zu informieren. Letzterer kann nach Prüfung der Umstände entscheiden, die Taggeldleistungen für einen begrenzten Zeitraum weiterhin zu entrichten. Ohne Zustimmung des Versicherers besteht ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes kein Leistungsanspruch.
2. Der entsandte Arbeitnehmer hat Anspruch auf Leistungen, solange er gemäss UVG versichert ist und danach ab seiner Rückkehr in die Schweiz.

Neudefinition der Umgebung des Wohnsitzes (Umkreis von 200 km)

Anpassung des Prämienatzes

AVB PCAM03 – 01.09.2016

Art. 22

1. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung ist der Versicherer berechtigt, den Prämienatz 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 Prämienatz 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 Prämienatzes.
4. Trifft vor Ende des Jahres kein eingeschriebenes Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.

AVB PCGA01 – 01.01.2022

Art. 34

1. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung ist der Versicherer berechtigt, den Prämienatz jedes Jahr der Schadenentwicklung oder bei einer Änderung des Prämientarifs anzupassen. Die Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe des neuen Prämienatzes. Bei einer Erhöhung des Prämienatzes kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht vor dem Ende des Kalenderjahres geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).
2. Der Prämienatz kann beim Eintreten neuer Umstände (z. B. bei der Änderung der Unternehmenstätigkeit, Fusion, Spaltung, Übernahme) oder bei einer Restrukturierung geändert werden, sofern die Lohnsumme dadurch um 10% oder mehr ändert. Bei einer Erhöhung des Prämienatzes kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht innerhalb von 30 Tagen ab Mitteilung geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).

Neuheiten

Art. 13.7d Wartefrist pro Arbeitsjahr

- Wenn in der Police eine Wartefrist pro Arbeitsjahr vorgesehen ist, wird sie ein einziges Mal pro Arbeitsjahr für eine oder mehrere Unfähigkeiten, die Anspruch auf Leistungen geben, angewendet. Bei einer ununterbrochenen Unfähigkeit während mehrerer Arbeitsjahre wird die Wartefrist nur ein einziges Mal angerechnet.

Art. 17 Laufende Unfähigkeit bei Ende des Arbeitsvertrags

- 1. Der Versicherungsschutz und der Leistungsanspruch bleiben für die laufende Unfähigkeit bei Ende des Arbeitsvertrags bestehen.
- 2. Unfähigkeiten mit Leistungsanspruch werden dem Kollektivvertrag angerechnet.
- 3. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.

Art. 22 Leistungen für die Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes

- 1. Bei Bezug von Urlaub für die Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes ergänzt der Versicherer das durch das EOG bezahlte Taggeld bis zur Höhe der versicherten Leistungen.
- 2. Das Taggeld unterliegt dem Leistungsanspruch nach EOG und wird für die gleiche Dauer ausbezahlt.

Art. 26.3 Verlängerung der Mutterschaftsleistungen bei Spitalaufenthalt des Neugeborenen

- Wenn die Auszahlung der Leistungen aus der eidgenössischen oder kantonalen Mutterschaftsversicherung bei einem Spitalaufenthalt des Neugeborenen verlängert wird, wird auch die Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung für die gleiche Dauer verlängert.

Art. 27 Vaterschaftsleistungen

- 1. Dieser Versicherungsschutz wird gewährt, sofern dies in der Police vorgesehen ist.
- 2. Das Vaterschaftstaggeld unterliegt dem Leistungsanspruch aus der eidgenössischen (gemäss EOG) oder kantonalen Vaterschaftsversicherung.
- 3. Die Leistungen aus der eidgenössischen und/oder kantonalen Vaterschaftsversicherung werden vom Betrag, welcher der Versicherer entrichtet, abgezogen.

Art. 28 Leistungen bei Adoption

- 1. Sind zusätzliche Leistungen bei Mutterschaft und/oder Vaterschaft gemäss Police vorgesehen, werden diese auch bei Adoption gewährt, sofern Leistungen gemäss eidgenössischen oder kantonalen Bestimmungen erbracht werden.
- 2. Die Adoption des Kindes des Ehepartners der versicherten Person ergibt keinen Leistungsanspruch.

Art. 32 Berechnung der Prämie

- Grundlage für die Berechnung der Prämie ist der im versicherten Unternehmen erzielte AHV-Lohn. Löhne und Lohnbestandteile, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind, sowie die Familienzulagen werden mitberücksichtigt.



Mehr über Krankentaggeld

Hotline 0848 803 777 | **web** www.groupemutuel.ch | www.corporatecare.ch

Dieses Dokument wurde zu Informationszwecken erstellt. Nur die wichtigsten Änderungen sind darin aufgeführt. Die Auflistung ist nicht abschliessend.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind massgebend.

groupemutuel

Gruppe Mutuel Holding AG Rue des Cèdres 5 CH-1919 Martigny 0848 803 777 / groupemutuel.ch

Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG: Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG / SUPRA-1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie / Opsion Freizügigkeitsstiftung / Fondation Collective Open Pension

