

Kollektive Krankentaggeldversicherung nach KVG

Ausgabe 01.01.2018

Praktische und rechtliche Informationen

Die nachfolgende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist im Versicherungsvertrag erwähnt.

Welche Risiken sind versichert und was umfasst der Versicherungsschutz?

Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit (nachstehend Unfähigkeit genannt) aufgrund von Krankheit. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist und eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Unfähigkeit zur Folge hat.

Die Versicherung deckt auch die wirtschaftlichen Folgen im Zusammenhang mit Mutterschaft. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Sofern im Vertrag vorgesehen umfasst der Versicherungsschutz auch das Unfallrisiko. Unfall ist 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.

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

Falls die zusätzliche Taggeldversicherung im Vertrag vorgesehen ist, deckt sie den Erwerb aus der konkret und dauerhaft verwerteten Restarbeitsfähigkeit des Versicherten im Unternehmen, nachdem dieser seinen Leistungsanspruch gemäss Artikel 6, Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschöpft hat. Das zusätzliche Taggeld wird für weitere 180 Tage innerhalb von 5 Jahren seit der Ausschöpfung gewährt.

Die Versicherungsdeckung betrifft die Unfähigkeit. Als Unfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufga-

benbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

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

Dauer der Leistungsauszahlung:

Das Taggeld wird für eine oder mehrere Unfähigkeiten während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet.

Die zulasten des Arbeitgebers fallenden Wartefristen werden der Leistungsdauer angerechnet.

Alle Unfähigkeiten mit Leistungsanspruch werden dem Kollektivvertrag angerechnet.

Der detaillierte Leistungsumfang ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehalten.

Berechnung der Prämie

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

Die Prämienätze hängen von den versicherten Risiken und der gewünschten Versicherungsdeckung ab.

Wer ist der Versicherungsnehmer und wer sind die versicherten Personen?

Der Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

Der Kreis der versicherten Personen ist im Vertrag aufgeführt.

Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)?

Die detaillierten Pflichten des Versicherungsnehmers sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Er ist insbesondere verpflichtet, den Versicherten schriftlich 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. Dazu erhält er Unterlagen vom Versicherer.

Der Versicherungsnehmer ist auch verpflichtet, den Versicherer über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.

Der Versicherungsnehmer muss zudem folgende Pflichten erfüllen:

- die Unfähigkeiten innert 15 Tagen nach Beginn melden
- dem Versicherer umgehend mitteilen, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeitsunfähigen Versicherten endet
- dem Versicherer für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung innert 30 Tagen die Lohnsummendeklaration und, auf Anfrage, die AHV-Abrechnungen der versicherten Personen vorlegen
- den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die der AHV-Ausgleichskasse abgegebenen Dokumente einzusehen
- alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung informieren (z.B. Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufs)

Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte muss folgende Pflichten erfüllen:

- spätestens 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt konsultieren
- das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers befreien
- mit dem Versicherer, von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Mitarbeitende, Ärzte etc.) und anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenarbeiten
- alles unternehmen, um den Schaden zu mindern
- spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozial-einrichtung stellen
- während der Unfähigkeit für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben (z.B. Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt)
- den Versicherer vor jedem Verlassen der Umgebung seines Wohnsitzes (Umkreis von 200km) informieren (Artikel 16, Absatz 1b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)
- **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.**

Die detaillierten Pflichten des Versicherten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

In welchen Fällen kann der Versicherer die Versicherungsleistungen kürzen oder verweigern?

Die Leistungen werden verweigert:

- bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
- 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
- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Artikeln 23 und 24 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält
- wenn der Versicherte sich weigert, die Anordnungen des Versicherers zu befolgen (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.
- 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
- 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.
- wenn die Anstellung der zu versichernden Person dem Grundsatz von Treu und Glauben widerspricht (insbesondere um eine Risikoprüfung zu vermeiden, damit ein neuer Leistungsanspruch entsteht) oder wenn die auszuführende Arbeit offensichtlich mit den physischen und mentalen Fähigkeiten, den beruflichen Kenntnissen oder den materiellen Ressourcen (Führerausweis, etc.) des Versicherten nicht vereinbar ist

Die detaillierten Einschränkungen der Versicherungsdeckung sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Wann beginnt der Vertrag?

Der Vertrag enthält sowohl Vertragsbeginn als auch Vertragsende. Letzteres ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.

Wann endet der Versicherungsvertrag?

- bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens für das versicherte Unternehmen
- bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 19, Absatz 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird
- bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer
- bei Kündigung aufgrund einer Prämienanpassung im Sinn von Artikel 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Hier werden nur die häufigsten Situationen erwähnt, in denen der Vertrag beendet werden kann. Weitere Möglichkeiten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag des Inkrafttretens seines Arbeitsvertrags, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.

Ende der Versicherungsdeckung und des Leistungsanspruchs

Der Versicherungsschutz und der Leistungsanspruch enden für jeden Versicherten:

- nach Ablauf des Arbeitsvertrags. Die Deckung wird jedoch aufrechterhalten, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Unfähigkeit besteht.
- mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags
- bei Ausschöpfung der Leistungen gemäss Artikel 6, Absatz 3
- am Ende des Monats, in dem der Versicherte das ordentliche Rentenalter erreicht oder frühpensioniert wird
Wird der Arbeitsvertrag über das ordentliche Pensionsalter hinaus aufrechterhalten und ist der Arbeitnehmer zu diesem Zeitpunkt nicht arbeitsunfähig, so hat er, bis spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht, noch Anspruch auf 180 Taggelder.
- nach Ablauf der UVG-Versicherungsdeckung für entsandte Arbeitnehmer

Wie werden die Daten vom Versicherer bearbeitet?

Der Versicherer bearbeitet die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person.

Als persönliche Daten gelten Daten mit Bezug auf die versicherte Person, den Versicherungsnehmer, die administrative Abwicklung des Vertrags, den Gesundheitszustand der versicherten Person und die Schadenfälle.

Diese Daten dienen dazu, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten und die administrative, statistische und finanzielle Kontrolle des Vertrags sicherzustellen. Zu diesen Zwecken können diese Daten zwischen dem Versicherungsnehmer, dem Versicherer, der Groupe Mutuel und Dritten (z.B. Rückversicherer, IV-Stelle, Sozialversicherungseinrichtungen des Wohnlandes der versicherten Person) ausgetauscht werden.

Bei der Bearbeitung persönlicher oder sensibler Daten verpflichten sich die Groupe Mutuel, die Versicherer und Gesellschaften, die ihr angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, ihre Vermittler und andere Beauftragte (z.B. ihr Rückversicherer), alle nötigen Massnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zu treffen.

Die Daten werden vertraulich behandelt und nur auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Person an Dritte (z.B. Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stelle, Sozialversicherungsträger des Wohnlandes der versicherten Person) weitergegeben. Wenn die Daten vertraglich durch Dritte oder in Zusammenarbeit mit Dritten verarbeitet werden oder die Datenverarbeitung ausgelagert wird, werden die mitwirkenden Drittpersonen (z.B. Rückversicherer) auf die

datenschutzrechtlichen Bestimmungen hingewiesen und zur Geheimhaltung verpflichtet. Die Daten, die den Vermittlern der Groupe Mutuel anvertraut werden, werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Vermittler und dem Versicherer weitergegeben.

Die Vermittler der Groupe Mutuel wurden auf Aspekte der Vertraulichkeit und des Datenschutzes hingewiesen und sind vertraglich verpflichtet, diese einzuhalten. Die persönlichen Daten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen Versicherer, Versicherten, Vermittler oder Dritten nötig ist.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von persönlichen Daten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter folgendem Link: www.groupemutuel.ch.

Allgemeine Bedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG

BEGM03-A3 – Ausgabe 01.01.2018

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

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

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4** Versicherungsvertrag
Art. 5 Versicherte Personen
Art. 6 Versicherungsdeckungen
Art. 7 Beitritt mit Risikoprüfung

C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 8** Beginn und Ende des Vertrags
Art. 9 Betrügerische Begründung

D. Versicherungsdeckung

- Art. 10** Beginn und Ende der Versicherungsdeckung und des Leistungsanspruchs
Art. 11 Übertritt in die Einzelversicherung

E. Versicherte Leistungen

- Art. 12** Versicherte Leistungen
Art. 13 Versicherte Leistungen bei Mutterschaft

- Art. 14** Zusätzliche Leistungen
Art. 15 Unbezahlter Urlaub
Art. 16 Leistungen ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes
Art. 17 Einschränkung des Leistungsanspruchs

F. Prämien

- Art. 18** Berechnung der Prämie
Art. 19 Prämienzahlung
Art. 20 Anpassung des Prämienatzes
Art. 21 Prämienabrechnung
Art. 22 Überschussbeteiligung

G. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 23** Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 24 Pflichten des Versicherten
Art. 25 Leistungen Dritter
Art. 26 Überentschädigung
Art. 27 Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 28 Maklerklausel
Art. 29 Mitteilungen
Art. 30 Erfüllungsort
Art. 31 Gerichtsstand

Bestimmungen, die nicht in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind, werden durch das ATSG, das KVG sowie die zugehörigen Verordnungen ergänzt.

A. Allgemeines

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der risikotragende Versicherer ist im Vertrag erwähnt. Er versichert die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit (nachstehend Unfähigkeit genannt) infolge von Krankheit, Mutterschaft und Unfall, sofern diese Risiken vertraglich vereinbart sind.

Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

- dem Schweizer Recht und den Abkommen zwischen der Schweiz, Drittorganisationen und Drittstaaten. Dazu zählen insbesondere:
 - das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
 - das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
 - das Datenschutzgesetz (DSG)

- den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Bestimmungen des Vertrags und allfälligen Nachträgen.
- den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten sowie den jeweiligen medizinischen Fragebogen.

Art. 3 Definitionen

- AHVG: Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
 IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
 BVG: Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
 UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung
 MVG: Bundesgesetz über die Militärversicherung
 OR: Obligationenrecht
 EU: Europäische Union
 EFTA: Europäische Freihandelsassoziation

Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG:

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG / AMB Versicherungen AG
 Von der Groupe Mutuel verwaltete Stiftungen: Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Administrative Angaben: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 777 – groupemutuel.ch

2. Rückfall
Eine Unfähigkeit, verursacht durch ein Leiden, das bereits im Rahmen einer früheren Unfähigkeit zu einem Leistungsanspruch geführt hat, gilt als Rückfall. Sie gilt nicht mehr als Rückfall, wenn sie mehr als 365 Tage ab Ende der Unfähigkeit des zuvor genannten Leistungsanspruchs auftritt.
3. Entsandter Arbeitnehmer
Der Versicherte, der im Ausland für einen Schweizer Arbeitgeber arbeitet und dem UVG unterstellt ist, sowie derjenige, der sich für eine Weiterbildung im Ausland befindet und dabei von seinem Schweizer Arbeitgeber entlohnt wird.
4. Grenzgänger
Als Grenzgänger bezeichnet man die Person, die in der Schweiz erwerbstätig ist und mindestens einmal pro Woche an ihren Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Mitgliedstaat zurückkehrt.

B. Umfang der Versicherung

Art. 4 Versicherungsvertrag

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

Art. 5 Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen ist im Vertrag aufgeführt.
2. Ohne ausdrückliche, im Vertrag erwähnte Vereinbarung ist eine Person, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags, beziehungsweise per Beginn des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, nicht versichert. Sie ist versichert, sobald sie wieder voll arbeitsfähig ist. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.
3. Die Person, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags, beziehungsweise per Beginn des Arbeitsverhältnisses eine Invalidenrente bezieht, ist für den Erwerb aus ihrer konkret und dauerhaft verwerteten Restarbeitsfähigkeit versichert.

Art. 6 Versicherungsdeckungen

1. Alle Unfähigkeiten mit Leistungsanspruch werden dem Kollektivvertrag angerechnet.
2. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne des UVG sowie ihre Folgen werden ausschliesslich von der Unfallversicherung übernommen.
3. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Unfähigkeiten während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet.
4. Die Tage, während denen der Versicherte Taggelder von seinem Vorversicherer erhalten hat, werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
5. Die zulasten des Arbeitgebers fallenden Wartefristen werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

Art. 7 Beitritt mit Risikoprüfung

1. Eine Gesundheitsprüfung kann verlangt werden, wenn dies im Antrag oder im Versicherungsvertrag vorgesehen ist.
2. Je nach Gesundheitszustand der zu versichernden Person kann der Versicherer den Beitritt unter bestimmten Bedingungen (Vorbehalt) annehmen.
3. Bei Inkrafttreten des Kollektivvertrags werden die durch den Vorversicherer angebrachten Vorbehalte bis zum Ablauf der anfänglichen Frist beibehalten.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 8 Beginn und Ende des Vertrags

1. Inkrafttreten
Der Vertrag 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 dessen Ablauf 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 19, Absatz 7 dieser allgemeinen Bedingungen;
 - c. im Zeitpunkt der Verlegung des Sitzes oder Wohnsitzes des Versicherungsnehmers ins Ausland;
 - d. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer;
 - e. bei Kündigung aufgrund einer Prämienanpassung im Sinn von Artikel 20 dieser allgemeinen Bedingungen.

Art. 9 Betrügerische Begründung

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

D. Versicherungsdeckung

Art. 10 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 des Versicherungsvertrags.
2. Ende der Versicherungsdeckung und des Leistungsanspruchs:
Die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch enden für jeden Versicherten:

- a. nach Beendigung des Arbeitsvertrags oder des Kollektivvertrags. Die Deckung und Leistungsanspruch wird jedoch aufrechterhalten, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Unfähigkeit besteht;
 - b. bei Ausschöpfung der Leistungen gemäss Artikel 6, Absatz 3;
 - c. am Ende des Monats, in dem der Versicherte das ordentliche Rentenalter erreicht oder frühpensioniert wird;
 - d. nach Ablauf der UVG-Versicherungsdeckung für entsandte Arbeitnehmer.
- b. Ist die Meldung aus entschuldbaren Gründen verspätet, beschränkt sich die Auszahlung der Taggelder auf 180 Tage vor dem Tag der Meldung.

Art. 11 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Ab dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte über sein Übertrittsrecht informiert wurde, hat er 90 Tage Zeit, dieses mit Verlangen einer Offerte für die Einzelversicherung geltend zu machen.
 2. Grenzgänger, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ohne neuen Vorbehalt in die Einzelversicherung überzutreten, wenn sie weiterhin in der Schweiz erwerbstätig sind.
 3. Gemäss Artikel 10, Absatz 2a besteht ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung bei einer laufenden Unfähigkeit frühestens am Ende der kollektiven Versicherungsdeckung.
 4. Das Taggeld wird proportional gekürzt, wenn der Betrag des neuen tatsächlichen Einkommens oder der Arbeitslosenentschädigung kleiner ist.
 5. Die geltenden Tarife und allgemeinen Bedingungen der Einzelversicherung sind anwendbar.
 6. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht:
 - a. bei Kündigung des kollektiven Versicherungsvertrags und dessen Übernahme durch einen anderen Versicherer mit dem gleichen Kreis der Versicherten oder Teilen davon;
 - b. wenn die Anstellung der zu versichernden Person dem Grundsatz von Treu und Glauben widerspricht;
 - c. wenn der Versicherte die Arbeitsstelle wechselt und in die Taggeldversicherung seines neuen Arbeitgebers übertritt;
 - d. Bei Bestehen eines Freizügigkeitsabkommens.
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. Bei einer Unfähigkeit von mehr als 3 Tagen muss ein ärztliches Zeugnis ausgestellt werden. Die Bestätigungen des Arztes beruhen auf regelmässigen Konsultationen in seiner Praxis und müssen dem Versicherer mindestens einmal pro Monat vorgelegt werden.
 4. 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.
 5. Berechnung des Taggeldes:
 - a. Grundlage für die Berechnung des Taggeldes ist der vom versicherten Unternehmen geschuldete AHV-Lohn. Berücksichtigt werden 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.
 - b. Für AHV-pflichtige Lohnbestandteile, die im Zeitpunkt des Schadenfalls noch nicht bezahlt wurden und auf welche die versicherte Person Anspruch erheben könnte, wird das Taggeld dadurch bestimmt, dass diese während 12 Monaten vor der Unfähigkeit erhaltenen Lohnbestandteile durch 365 geteilt werden, frühestens jedoch ab dem Anstellungsdatum.
 - c. Bei der Taggeldversicherung in Lohnprozenten wird das Taggeld für die Stunden- und Monatslöhne unter Vorbehalt der Bestimmungen des Gesamtarbeitsvertrags wie folgt berechnet:

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 versicherten 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 Grundstundenlohn hinzugerechnet

Monatslohn:
Monatslohn multipliziert mit:

E. Versicherte Leistungen

Art. 12 Versicherte Leistungen

1. Teilarbeitsunfähigkeit

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.
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.

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

- d. Wenn die versicherte Person eine unregelmässige Erwerbstätigkeit ausübt, oder wenn das Einkommen starken Schwankungen unterliegt, wird das Taggeld dadurch bestimmt, indem der während 12 Monaten vor der Unfähigkeit erhaltene Lohn durch 365 geteilt wird.
- e. Berufsauslagen, d.h. Kosten, die von der Ausübung der Berufstätigkeit abhängig sind (z.B. Verpflegungsspesen, Repräsentationskosten usw.), werden für die Berechnung der Tagelder nicht berücksichtigt.
- f. Eine Lohnerhöhung während der Unfähigkeit kann berücksichtigt werden, wenn sie vor der Unfähigkeit vereinbart wurde oder im Gesamtarbeitsvertrag vorgesehen ist.
6. **Wartefrist**
- a. Das geschuldete Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist für jeden Tag der Unfähigkeit ausgerichtet (inklusive Sonn- und Feiertage). Tage mit teilweiser Unfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
- b. Wenn im Vertrag 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.
- c. Ist im Vertrag eine Wartefrist pro Kalenderjahr 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.
- d. Ist im Vertrag eine Wartefrist pro Arbeitsjahr vorgesehen, wird sie ein einziges Mal pro Trennung 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. Ein Arbeitsjahr ist die Periode von 365 aufeinanderfolgenden Tagen, während der ein Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsnehmer besteht.
- e. Wenn die laufende Unfähigkeit nicht mehr unfall- sondern krankheitsbedingt ist oder umgekehrt, gilt eine neue Wartefrist für das neue Risiko (Krankheit, Unfall), ausser beide Risiken sind beim gleichen Versicherer gedeckt.

Art. 13 Versicherte Leistungen bei Mutterschaft

1. Das versicherte Taggeld wird entrichtet, wenn die Versicherte im Zeitpunkt der Niederkunft bereits seit mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert war und sofern die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat oder das Kind lebensfähig ist.

2. Das Taggeld für Mutterschaft entspricht dem versicherten Lohn, nach Abzug allfälliger Leistungen vom Bund oder von einer kantonalen Mutterschaftsversicherung.
3. Tagelder für Unfähigkeit sind nicht mit Tageldern für Mutterschaft kumulierbar.

Art. 14 Zusätzliche Leistungen

1. Wird der Arbeitsvertrag über das ordentliche Pensionsalter hinaus aufrechterhalten und ist der Arbeitnehmer zu diesem Zeitpunkt nicht arbeitsunfähig, so hat er, bis spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht, noch Anspruch auf 180 Tagelder.
2. Stirbt der Versicherte infolge einer leistungspflichtigen Unfähigkeit, erbringt der Versicherer das Taggeld im Rahmen der Versicherungsdeckung und den Bestimmungen von Artikel 338 OR.
3. **Zusätzliche Taggeldversicherung**
- a. Falls die zusätzliche Taggeldversicherung im Vertrag vorgesehen ist, deckt sie den Erwerb aus der konkret und dauerhaft verwerteten Unfähigkeit des Versicherten im Unternehmen, nachdem dieser seinen Leistungsanspruch gemäss Artikel 6, Absatz 3 ausgeschöpft hat. Das zusätzliche Taggeld wird für weitere 180 Tage innerhalb von 5 Jahren seit der Ausschöpfung gewährt.
- b. Die Wartefrist gilt für jede Unfähigkeit, wird aber nicht auf die Leistungsdauer von 180 Tagen angerechnet.
- c. Der Versicherte hat keinen Anspruch auf die zusätzliche Taggeldversicherung, wenn er seinen Anspruch auf Leistungen einer Taggeldversicherung bereits mehrfach ausgeschöpft hat.
- d. Falls der Versicherte die Leistungen der zusätzlichen Taggeldversicherung 5 Jahre nach Beginn dieser Versicherungsdeckung nicht ausgeschöpft hat, hat er erneut Anspruch auf die im Vertrag vorgesehene Hauptversicherung gemäss Artikel 6, Absatz 3.
- e. Die zusätzliche Taggeldversicherung ist an den Kollektivvertrag des Unternehmens gebunden. Ihr Ziel ist es, die Wiedereingliederung zu fördern. Ein Arbeitnehmer, der aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, hat keinen Anspruch auf den freien Übertritt für diese Versicherung.

Art. 15 Unbezahlter Urlaub

1. Während eines unbezahlten Urlaubs kann die Versicherungsdeckung während höchstens 12 Monaten aufrechterhalten werden. Der Arbeitgeber muss dem Versicherer vor Beginn dieses Urlaubs den Zeitraum des vertraglich vereinbarten, unbezahlten Urlaubs schriftlich mitteilen, falls dieser länger als 1 Monat dauert. Der Anspruch auf Leistungen beginnt frühestens am voraussichtlichen Tag der Wiederaufnahme der Arbeit. Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der Unfähigkeit.
2. Ohne entsprechende Mitteilung an den Versicherer entfällt während dieser Abwesenheit der Anspruch auf Leistungen bei Unfähigkeit.

Art. 16 Leistungen ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes

1. Gemäss Artikel 24, Absatz 1 gilt folgendes:
- a. Bei Auftreten einer Unfähigkeit ausserhalb der Umge-

bung des Wohnsitzes des Versicherten (Umkreis von 200 km), hat der Versicherte 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 vorgängig zu informieren. Dieser behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen nach Prüfung der Umstände 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, aber höchstens während 6 Jahren und danach erst ab seiner Rückkehr in die Schweiz.

Art. 17 Einschränkung des Leistungsanspruchs

1. Die Leistungen werden verweigert:
 - a. bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
 - b. bei Unfähigkeiten bei Militärdienst im Ausland
2. Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:
 - a. 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 23 und 24 dieser allgemeinen Bedingungen aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält;
 - c. wenn der Versicherte sich weigert, die Anordnungen des Versicherers zu befolgen (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. wenn die Anstellung der zu versichernden Person dem Grundsatz von Treu und Glauben widerspricht (insbesondere um eine Risikoprüfung zu vermeiden oder damit ein neuer Leistungsanspruch entsteht), oder wenn die auszuführende Arbeit offensichtlich mit den physischen und mentalen Fähigkeiten, den beruflichen Kenntnissen oder den materiellen Ressourcen (Führerausweis, etc.) des Versicherten nicht vereinbar ist.

F. Prämien

Art. 18 Berechnung der Prämie

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

Art. 19 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Ohne ausdrückliche, im Vertrag erwähnte Vereinbarung wird der Prämienatz pro Kalenderjahr festgelegt.
3. Die Prämie ist am im Vertrag vereinbarten 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 bezahlt, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu begleichen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, werden Versicherungsschutz und Leistungsanspruch sistiert. Sobald die Prämienrückstände samt Kosten vollständig beglichen sind, lebt die Leistungspflicht wieder auf, und zwar rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Sistierung. Die Prämie ist in diesem Fall während der ganzen Dauer der Sistierung geschuldet.
7. Bezahlt der Versicherungsnehmer mindestens zwei Prämien nicht fristgerecht, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats zu kündigen.

Art. 20 Anpassung des Prämienatzes

1. Ohne ausdrückliche, im Vertrag 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 wie Fusion, Spaltung, Übernahme usw. sowie bei einer wesentlichen Änderung der Zusammensetzung des Versichertenkreises anpassen, sofern die Lohnsumme dadurch um mindestens 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 Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.
5. Der Versicherer ist berechtigt, den Prämienatz rückwirkend an die tatsächliche Schadenbelastung anzupassen, wenn Unfähigkeiten verspätet gemeldet werden. Rück-

wirkende Korrekturen gelten als angenommen, wenn der Versicherer 30 Tage nach Mitteilung des korrigierten Prämiensatzes kein eingeschriebenes Kündigungsschreiben erhalten hat. Die Kündigung des Vertrags wird frühestens am Ende des Monats wirksam, in dem der Versicherer die Mitteilung erhalten hat.

Art. 21 Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 23 der vorliegenden Versicherungsbedingungen gelieferten Dokumente erstellt.

Art. 22 Überschussbeteiligung

1. Der Versicherungsnehmer erhält den vereinbarten Anteil an einem allfälligen Überschuss gemäss den im Vertrag 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 erst 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 der Versicherungsvertrag 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.

G. Verschiedene Bestimmungen

Art. 23 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten schriftlich 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. Der Versicherungsnehmer ist auch verpflichtet, den Versicherten über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.
3. Der Versicherungsnehmer ist gemäss Artikel 12, Absatz 2a, für die Meldung von Unfähigkeiten verantwortlich. Dazu füllt er das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular für Schadenmeldungen aus.
4. Der Versicherungsnehmer teilt dem Versicherer umgehend mit, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeitsunfähigen 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 19 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 AHV-Ausgleichskasse übergeben wurden, einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, die Versicherungsdeckung und den Leistungsanspruch 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 (z.B. Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufs) zu informieren.

Art. 24 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 usw.).
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 von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Mitarbeiter, Ärzte usw.) 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 hat spätestens 3 Tage nach Beginn seiner

Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten.

8. Bei Versicherungsbruch 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. 25 Leistungen Dritter

1. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aufgrund einer Sanktion, gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
2. 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.
3. Im Rahmen des Leistungsanspruchs schießt der Versicherer Leistungen vor, solange kein Rentenanspruch aus der Invalidenversicherung (IVG), einer Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung (BVG) oder eines ausländischen Versicherers besteht. Sobald eine oder mehrere dieser Einrichtungen eine Rente gewährt, ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung der während des Zeitraums des Rentenanspruchs gewährten Vorschüsse direkt bei den betroffenen Einrichtungen zu verlangen.
4. Die Anzahl Tage, an denen durch frühere Versicherer Tagelder entrichtet wurden, werden insbesondere im Rahmen des Übertrittsrechts an die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

Art. 26 Überentschädigung

Die Leistungen des Versicherers oder ihr Zusammentreffen mit Leistungen anderer Versicherer dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Eine Überentschädigung muss dem Versicherer zurückerstattet werden.

Art. 27 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

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

Art. 28 Maklerklausel

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

Art. 29 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Sitz 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. 30 Erfüllungsort

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

Art. 31 Gerichtsstand

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