

# Allgemeine Versicherungsbedingungen Taggeldversicherung

PIGA02-A1 – Ausgabe 01.02.2023

## 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** Aufnahmebedingungen  
**Art. 6** Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

### C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 7** Beginn und Ende des Vertrags  
**Art. 8** Kündigung im Schadenfall  
**Art. 9** Betrügerische Begründung

### D. Versicherungsschutz

- Art. 10** Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

### E. Versicherte Leistungen

- Art. 11** Bedingungen  
**Art. 12** Wartefrist

- Art. 13** Leistungen im Ausland  
**Art. 14** Einschränkung des Leistungsanspruchs  
**Art. 15** Ende des Leistungsanspruchs

### F. Prämien

- Art. 16** Prämienberechnung  
**Art. 17** Anpassung des Prämienatzes  
**Art. 18** Prämienzahlung

### G. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 19** Pflichten des Versicherten  
**Art. 20** Leistungen Dritter  
**Art. 21** Überentschädigung  
**Art. 22** Abtretung und Verpfändung der Leistungen  
**Art. 23** Verrechnung  
**Art. 24** Anpassung der Versicherungsbedingungen  
**Art. 25** Mitteilungen  
**Art. 26** Erfüllungsort  
**Art. 27** Gerichtsstand  
**Art. 28** Datenschutz

Das Versicherungsunternehmen, welches das Risiko trägt, ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachstehend Versicherer genannt.

## A. Allgemeines

### Art. 1 Zweck der Versicherung

Der Versicherer deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Unfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall, sofern diese Risiken in der Police enthalten sind. Während des Mutterschaftsurlaubs werden keine Leistungen erbracht.

### Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

- diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
- den im Antrag aufgeführten Erklärungen, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherten sowie dem medizinischen Fragebogen
- dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
- dem Datenschutzgesetz (DSG)
- dem Obligationenrecht (OR)

### Art. 3 Definitionen

#### 1. Gesetze:

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 Erwerbssersatz  
FamZG: Bundesgesetz über die Familienzulagen und Finanzhilfen an Familienorganisationen  
AVIG: Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung

#### 2. Gesundheitsbeeinträchtigung:

Die Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst Krankheitsfälle 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 die 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. Unfähigkeit:**

Wird nichts anderes vereinbart, bezeichnet der Begriff Unfähigkeit sowohl die Arbeitsunfähigkeit als auch die Erwerbsunfähigkeit.

#### **6. Arbeitsunfähigkeit:**

Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit des Versicherten, die üblichen und zumutbaren Aufgaben seines Berufs zu leisten. Ab dem Moment, ab dem die Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab.

#### **7. 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.

#### **8. Versicherungsfall:**

Als Versicherungsfall gilt eine Unfähigkeit, auf die eine oder mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückzuführen sind, welche während dem gleichen Zeitraum der Unfähigkeit auftreten.

#### **9. Rückfall:**

Als Rückfall gilt eine Unfähigkeit, die medizinisch auf eine frühere Unfähigkeit zurückzuführen ist, die während der Versicherungsdauer und während der 365 Tage nach dem Ende der früheren Unfähigkeit auftritt. Unter diesen Voraussetzungen gehört der Rückfall zum selben Versicherungsfall wie die frühere Unfähigkeit.

## **B. Umfang der Versicherung**

### **Art. 4 Versicherungspolice**

Die Details zum Versicherungsschutz, insbesondere die versicherten Risiken, die Höhe des Taggeldes, die Wartefrist und die Leistungsdauer, sind in der Versicherungspolice aufgeführt.

## **Art. 5 Aufnahmebedingungen**

1. Alle Personen, die in der Schweiz Wohnsitz haben und erwerbstätig sind und das 15., aber noch nicht das 55. Altersjahr erreicht haben, können eine Taggeldversicherung abschliessen.
2. Freizügigkeit
  - a. Der Übertritt in diese Einzelversicherung einer Person, die aus einer beim Versicherer abgeschlossenen kollektiven Taggeldversicherung austritt, ist unter Vorbehalt der Bedingungen dieser kollektiven Versicherung möglich.
  - b. Die Freizügigkeit betrifft nur die Risiken Krankheit und Unfall.
  - c. Im Rahmen des Übertrittsrechts können auch in der Schweiz erwerbstätige Grenzgänger oder in der Schweiz wohnhafte Personen, die das AHV-Alter noch nicht erreicht haben, eine Taggeldversicherung abschliessen.
3. Eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich, ausser bei Personen mit Übertrittsrecht.

## **Art. 6 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich**

### **1. Örtlicher Geltungsbereich**

Der Versicherungsschutz wird gewährt, solange der Versicherte in der Schweiz wohnhaft ist. Für einen Versicherten mit Wohnsitz im Ausland gilt der Versicherungsschutz, solange er ein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachweist.

### **2. Zeitlicher Geltungsbereich**

Eine zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police vollständig oder teilweise arbeitsunfähige Person ist nicht versichert. Sie ist versichert, sobald sie während mindestens 30 Tagen wieder voll arbeitsfähig war. Vorbehalten sind Fälle mit Übertrittsrecht.

## **C. Beginn und Ende des Vertrags**

### **Art. 7 Beginn und Ende des Vertrags**

1. Vertragsbeginn  
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 um ein weiteres Jahr.
3. Vertragsende  
Der Vertrag endet:
  - a. bei Einstellung der Erwerbstätigkeit
  - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 18 Abs. 3 dieser AVB
  - c. wenn ein Versicherter mit Wohnsitz im Ausland kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz mehr nachweist

- d. bei Kündigung (insbesondere aus wichtigem Grund gemäss VVG)
- e. bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
- f. am Ende des Monats, in dem er das AHV-Alter erreicht

Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht bei Vertragsablauf gemäss Art. 35a VVG.

## Art. 8 Kündigung im Schadenfall

1. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherte berechtigt, innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherte vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer. Letzterer behält sein Recht auf Prämienzahlung für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb des Jahres nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes kündigt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.
2. Der Versicherer verfügt über kein Kündigungsrecht bei Schadenfall.

## Art. 9 Betrügerische Begründung

Der Versicherer kann die Police auflösen oder kündigen, wenn der Versicherte zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt hat oder beim Versuch dazu.

## D. Versicherungsschutz

### Art. 10 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Inkrafttreten der Police.
2. Der Versicherungsschutz endet in einem der folgenden Fälle:
  - a. beim Vertragsende gemäss Art. 7 Abs. 3
  - b. mit dem Ruhen des Vertrags

Für den Anspruch auf Leistungen ist Art. 15 dieser AVB anwendbar.

## E. Versicherte Leistungen

### Art. 11 Bedingungen

1. 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. Vergütete Tage mit teilweiser Unfähigkeit werden als ganze Tage gezählt.  
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, unter Vorbehalt von Art. 19 Abs. 11 der vorliegenden AVB.

Erfolgt die Meldung aus entschuldbaren Gründen verspätet, beschränkt sich die Auszahlung der Taggelder auf 180 Tage vor dem Tag der Meldung.

3. Bescheinigt das erste Zeugnis den Beginn der Arbeitsunfähigkeit rückwirkend (rückdatiertes Zeugnis), behält sich der Versicherer das Recht vor, im Zweifelsfall den ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit frühestens drei Tage vor der ersten Konsultation in der Arztpraxis zu berücksichtigen, unter Vorbehalt von Art. 19 Abs. 11 der vorliegenden AVB.
4. 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.
5. Die Taggelder werden im Rahmen der Schadenversicherung ausbezahlt. Die Entschädigung darf den effektiven Erwerbsausfall nicht übersteigen.
6. Der Versicherer entschädigt die Unfähigkeit nur, sofern der Lohn- oder Erwerbsausfall auf einer in der Schweiz ausgeübten Erwerbstätigkeit gründet.
7. Die Taggelder werden auf ein Bank- oder Postkonto in der Schweiz und in der Währung der Police ausbezahlt.
8. Bei einem Rückfall werden die Tage der Arbeitsunfähigkeit, die vor Inkrafttreten dieses Vertrags entweder vom Vorversicherer oder im Rahmen eines Kollektivvertrags berücksichtigt wurden, auf die in den vorliegenden AVB vorgesehene maximale Leistungsdauer angerechnet.
9. Der Versicherte kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet. In diesem Fall werden die Leistungen gemäss der Beurteilung des Vertrauensarztes ausbezahlt.

### Art. 12 Wartefrist

1. Das geschuldete Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist für jeden Tag der Unfähigkeit ausgerichtet (inklusive Sonn- und Feiertage).
2. Wenn die laufende Arbeitsunfähigkeit nicht mehr unfallsondern krankheitsbedingt ist oder umgekehrt, gilt eine neue Wartefrist für das neue Risiko (Krankheit, Unfall), ausser beide Risiken sind vom gleichen Versicherer gedeckt.
3. Die Wartefrist gilt für jede Unfähigkeit. Bei einem Rückfall kommt nur die allfällig verbleibende Wartefrist zur Anwendung.
4. Die Wartefrist wird der Leistungsdauer angerechnet.

### Art. 13 Leistungen im Ausland

1. Unter Vorbehalt von Abs. 3 werden während eines Aufenthalts im Ausland, beziehungsweise ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes für Grenzgänger (ausserhalb eines Umkreises von 100 km) keine Leistungen erbracht. 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. 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, haben Anspruch auf Taggeldleistungen. Der Versicherungsschutz und der Leistungsanspruch enden nach 24 Monaten.
3. Versicherte, die sich während ihrer Unfähigkeit ins Ausland begeben oder dort Wohnsitz nehmen wollen, beziehungsweise Grenzgänger, welche die Umgebung ihres Wohnsitzes verlassen möchten, haben den Versicherer vorgängig darüber zu informieren. Nach einer Analyse der Umstände kann Letzterer über die Fortzahlung der Taggeldleistungen entscheiden. Ohne Zustimmung des Versicherers werden die Leistungen im Ausland abgelehnt.

## **Art. 14 Einschränkung des Leistungsanspruchs**

1. Die Leistungen werden verweigert:
  - a. bei Vorbehalt oder Verletzung der Anzeigepflicht
  - b. bei Unfähigkeit infolge einer freiwilligen Schönheitsoperation, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird
  - c. bei Unfähigkeiten infolge von Erdbeben
  - d. 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 trete innert drei Monaten nach Beginn der Ereignisse ein
  - e. bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
  - f. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden, mit Ausnahme von Gesundheitsschäden durch medizinische Behandlungen
  - g. bei Unfähigkeiten bei Militärdienst im Ausland
  - h. bei Unfähigkeit infolge einer durch den Versicherten verursachten Gesundheitsschädigung wie Selbstmordversuch, Selbstmord oder Selbstverstümmelung
2. Die Leistungen werden gekürzt oder verweigert:
  - a. wenn der Unfall durch das Verschulden des Versicherten verursacht wurde, bei aussergewöhnlichen Gefahren oder bei Wagnissen im Sinn des UVG
  - b. Die Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen abgelehnt werden, wenn der Versicherte die gemäss Art. 19 dieser AVB vorgesehenen Verpflichtungen nicht einhält.
  - c. Die Leistungen können gekürzt oder vorübergehend oder definitiv abgelehnt werden, wenn der Versicherte sich weigert, bei den Untersuchungsmassnahmen mitzuwirken (z. B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen) oder Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können. Der Versicherte hat die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.
  - d. Wenn der Versicherte das Prinzip der Schadenminderung nicht einhält, kann der Versicherer die Entschädigung auf den Betrag herabsetzen, der bei Erfüllung der Obliegenheit zu zahlen wäre.

3. Während dem Unterbruch des Versicherungsschutzes aufgrund von Nichtbezahlung der Prämien im Sinn von Art. 18 dieser AVB:
  - sind eingetretene Schadenfälle nicht gedeckt.
  - Bei laufenden Schadenfällen wird die Zahlung an dem Tag fortgesetzt, an dem die ausstehenden Prämien samt Zinsen und Kosten beglichen wurden. In diesem Fall werden die Tage der Unfähigkeit an die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
4. Der Leistungsanspruch ruht, solange die versicherte Person Leistungen der eidgenössischen (gemäss EOG) oder der kantonalen Mutterschaftsversicherung bezieht. Bei Fehlen einer eidgenössischen (nach EOG) oder der kantonalen Mutterschaftsversicherung ruht der Leistungsanspruch während 56 Tagen nach der Niederkunft, wenn die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat.

## **Art. 15 Ende des Leistungsanspruchs**

Der Leistungsanspruch endet in einem der folgenden Fälle:

- a. mit der Kündigung des Versicherungsvertrags, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird
- b. bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
- c. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 18 dieser AVB
- d. am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Alter erreicht

## **F. Prämien**

### **Art. 16 Prämienberechnung**

1. Die Berechnung der Prämie basiert auf dem versicherten Betrag und der Altersklasse des Versicherten.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt.
3. Die massgebenden Altersklassen sind:
  - 15 bis 20 Jahre
  - ab dem 21. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
4. Der Versicherer informiert den Versicherten spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über den neuen Prämiensatz. Die Anpassung der Prämie beim Wechsel in eine höhere Altersklasse gilt als angenommen, wenn vor Ende des Kalenderjahres keine Kündigungsmitteilung beim Versicherer eingeht.

### **Art. 17 Anpassung des Prämiensatzes**

1. Der Prämiensatz kann auf jedes Kalenderjahr angepasst werden, insbesondere aufgrund:
  - der Entwicklung der Schadenbelastung und/oder der Verwaltungskosten
  - der Anpassung des Leistungsumfangs der Sozialversicherungen, die den Lohnausfall/Erwerbsausfall decken.

2. Die Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
3. Der Versicherer informiert den Versicherten spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe des neuen Prämiensatzes. Wenn der Versicherte im Fall einer Prämienhöhung mit dieser nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Jahres kündigen.
4. Trifft vor Ende des Jahres keine Kündigungsmeldung beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.

## **Art. 18 Prämienzahlung**

1. Prämienschuldner ist der Versicherte.
2. Werden die Prämien 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, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.
3. Fordert der Versicherer die rückständige Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.

## **G. Verschiedene Bestimmungen**

### **Art. 19 Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, jede Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 15 Tagen nach ihrem Beginn zu melden und dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer usw.).  
Diese Unterlagen müssen in einer der vier Schweizer Landessprachen oder Englisch verfasst sein. Ist dies nicht der Fall, muss eine zuverlässige Übersetzung beiliegen. Der Versicherte muss dem Versicherer ausserdem unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch melden (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter u. a.).
2. Während der Unfähigkeit muss der Versicherte für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben.
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, Sachbearbeiter, Ärzte usw.) verpflichtet. Er hat insbesondere die Anweisungen des Versicherers zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Erscheint der Versicherte ohne triftigen Grund nicht zu einer Vorladung des Versicherers, behält sich dieser das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die bereits erbrachten Leistungen sogar zurückzufordern und das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen.

5. Der Versicherte ist verpflichtet, spätestens sechs Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen. Wird der Leistungsantrag nicht oder nicht rechtzeitig gestellt, wird die Vergütung der Taggelder bis zum Tag der Antragstellung aufgeschoben.
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 drei Tage nach Beginn seiner Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt in seiner Praxis 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.
10. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gemäss Art. 14 Abs. 2 dieser AVB gehen können.
11. Wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und auf den Leistungsumfang hat, entfallen die Sanktionen.

### **Art. 20 Leistungen Dritter**

1. Der Versicherer erbringt seine Leistungen ergänzend zu den Erwerbsausfalleistungen, die durch andere Sozialversicherer 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. Treffen mehrere Schadenversicherungen zusammen, so entschädigt der Versicherer den Lohn-/Erwerbsausfall im Verhältnis zum Anteil des von ihm versicherten Taggeldes am Gesamtbetrag der versicherten Taggelder. Bei Zusammentreffen mit einer Summenversicherung tritt der Versicherer subsidiär ein.
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. 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 oder privaten Versicherers besteht. Sobald eine oder mehrere dieser Einrichtungen eine Rente gewährt, ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung der gewährten Vorschüsse 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 werden oder der Versicherer nichts auszahlen muss, als ganze Tage.

## **Art. 21 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 Erwerbsausfall oder die in der Police vorgesehenen Leistungen übersteigt, wird mit den laufenden Leistungen verrechnet oder muss dem Versicherer rückerstattet werden.

## **Art. 22 Abtretung und Verpfändung der Leistungen**

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

## **Art. 23 Verrechnung**

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherten verrechnen.
2. Die Versicherten haben kein Recht, dem Versicherer gegenüber etwas zu verrechnen.

## **Art. 24 Anpassung der Versicherungsbedingungen**

1. Der Versicherer ist berechtigt, diese AVB anzupassen, insbesondere bei Änderungen des Leistungsumfangs der Sozialversicherungen.
2. Die neuen Bedingungen gelten für die Versicherungsnehmer und den Versicherer, wenn sie gemäss Abs. 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen kein Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.
4. Ausgenommen vom Kündigungsrecht sind Anpassungen der Versicherungsbedingungen, die keine Nachteile für den Versicherten zur Folge haben.

## **Art. 25 Mitteilungen**

1. Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführten Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, und zwar schriftlich oder über jeg-

liches andere Mittel, das vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird und den Nachweis durch Text ermöglicht. Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.

2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse. Diese Mitteilungen können schriftlich oder durch andere Mittel, die den Nachweis durch Text ermöglichen, übermittelt werden.
3. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn ein Versicherter das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann er den Versicherer schriftlich oder über jegliches andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel entsprechend informieren. In diesem Fall ist der Versicherer von jeglicher Haftung für die veröffentlichten Mitteilungen befreit. Die Mitteilungen können auch auf der Webseite des Versicherers und in einem Dokument erfolgen, das dem jährlichen Versand der Versicherungspolice beigelegt ist.

## **Art. 26 Erfüllungsort**

Die Pflichten gemäss Vertrag müssen auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.

## **Art. 27 Gerichtsstand**

Bei Streitigkeiten kann der Versicherte entweder die Gerichte seines Wohnsitzes in der Schweiz oder diejenigen des Sitzes des Versicherers wählen. Wohnt der Versicherte im Ausland, ist der Arbeitsort in der Schweiz Gerichtsstand.

## **Art. 28 Datenschutz**

### **Persönliche und sensible Daten**

Die Groupe Mutuel Services AG bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder der mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend die betroffenen Personen) im Auftrag Ihres Versicherers Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG).

Als persönliche Daten gelten insbesondere Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, welche die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihre Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Dienstleistungen; von Dritten oder anderen Dienstleistern erhaltene Daten oder Personendaten aus öffentlichen Quellen, sofern dies zulässig ist.

### **Gesetzliche Grundlage**

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: das Einverständnis der betroffenen Personen bzw. das ausdrückliche Einverständnis für sensible Daten, die für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere das DSGVO), der Vertrag zwischen der Groupe Mutuel und dem Versicherungsnehmer, das überwiegende öffentliche oder private Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen im Sinn des DSGVO.

### **Zweckbestimmung**

Die persönlichen und sensiblen Daten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, Anträge im Rahmen der Rechte natürlicher Personen zu bearbeiten, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, austauschen und gemeinsam nutzen (siehe unten). Die für statistische Zwecke verwendeten Daten werden anonymisiert.

### **Sicherheit**

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

### **Datenübertragung**

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheidungen, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem

Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

### **Erstellung von Nutzerprofilen**

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen.

### **Aufbewahrungsdauer**

Personendaten 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 der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

### **Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur**

Die betroffenen Personen 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 Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

### **Data Protection Officer**

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter [dataprotection@groupemutuel.ch](mailto:dataprotection@groupemutuel.ch) kontaktiert werden kann.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch).