

Kollektive Krankentaggeldversicherung nach VVG

Ausgabe vom 1.9.2016

Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die nachfolgende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags gemäss Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG.

Wer ist Versicherer?

Der Vertragspartner ist die Mutuel Versicherungen AG (nachfolgend Versicherer) mit Sitz an der Rue des Cèdres 5, Postfach, CH-1919 Martigny.

Welche Risiken sind versichert und was umfasst der Versicherungsschutz?

Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Unfähigkeit infolge von Krankheit. Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die medizinisch oder 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.

Die Versicherungspolice kann auch einen Versicherungsschutz für das Unfallrisiko vorsehen. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine medizinisch und objektiv feststellbare Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat.

Die Versicherungspolice kann ebenfalls eine Versicherungsdeckung für ein zusätzliches Taggeld bei Mutterschaft vorsehen.

Der Versicherungsschutz wird bei Arbeitsunfähigkeit gewährt. Als Arbeitsunfähigkeit gilt die volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit, die länger als 6 Monate dauert, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab. Als Erwerbsunfähigkeit gilt der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Der Versicherungsnehmer kann zwischen den beiden folgenden Versicherungsdeckungen wählen:

Variante 1: Der Versicherer entrichtet das in der Police vereinbarte Taggeld mit BVG-Koordination während höchstens 730 Tagen. Die allfällige Wartezeit wird der Leistungsdauer angerechnet.

Variante 2: Der Versicherer überweist das in der Police vereinbarte Taggeld für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten während höchstens 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Die allfällige Wartezeit wird der Leistungsdauer angerechnet.

Alle Schadenfälle, die während der Dauer der kollektiven Versicherungsdeckung aufgetreten sind, werden dem Kollektivvertrag angerechnet.

Der detaillierte Leistungsumfang ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehalten.

Die Versicherungspolice legt den Beginn und das Ende des Vertrags, die versicherten Risiken (Krankheit, Unfall, Mutterschaft), die Höhe des für die Berechnung der Leistungen berücksichtigten Maximallohns, den Prozentsatz des versicherten Lohns, die gewählte Versicherungsdeckung und Wartezeit sowie allfällige besondere Bedingungen fest.

Welche Prämiensätze gelten?

Die Prämiensätze hängen von den versicherten Risiken sowie von der gewünschten Deckung ab. Die Prämie wird anhand der Prämiensätze und der vom Arbeitgeber angegebenen Löhne berechnet.

Wer ist der Versicherungsnehmer und wer sind die versicherten Personen?

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

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

Welches sind die Verpflichtungen des Versicherungsnehmers?

Die Verpflichtungen des Versicherungsnehmers sind in der Versicherungspolice und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen definiert.

Der Versicherungsnehmer ist insbesondere verpflichtet, die versicherten Personen über den Inhalt, die Änderungen und die Kündigung dieses Vertrags zu informieren. Hierzu erhält er Dokumente vom Versicherer.

Ausserdem muss der Versicherungsnehmer die versicherten Personen über die Möglichkeit informieren, die Versicherungsdeckung bei einem Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Vertragsende beizubehalten.

Der Versicherungsnehmer muss zudem folgende Pflichten erfüllen:

- die Arbeitsunfähigkeiten innert 15 Tagen nach Beginn melden
- dem Versicherer umgehend mitteilen, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeits- oder erwerbsunfähigen Versicherten endet
- dem Versicherer die Lohnsummendeklaration für die definitive Prämienabrechnung und auf Anfrage die AHV-Abrechnungen der Versicherten vorlegen
- den Versicherer bzw. beauftragte Dritte bevollmächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Ausgleichskasse der AHV übergeben werden, einzusehen
- alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind, zu liefern
- den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung (Änderung der Unternehmensart oder des versicherten Berufs) zu informieren

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

Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte muss folgende Pflichten erfüllen:

- spätestens 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt konsultieren
- mit dem Versicherer und den anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenarbeiten
- alles unternehmen, um den Schaden zu mindern
- den Versicherer vor einer Reise ins Ausland in den in Artikel 16 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen informieren
- **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 Versicherungsdeckung kann in folgenden Fällen gekürzt oder verweigert werden (nicht abschliessende Liste):

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Versicherungsbedingungen festgehaltenen Pflichten nicht einhalten

- wenn die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer nicht innert 15 Tagen nach Beginn gemeldet wird
- wenn das erste ärztliche Zeugnis mehr als drei Tage nach Beginn der Unfähigkeit erstellt wird
- wenn der Versicherte sich weigert, mit dem Versicherer oder anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenzuarbeiten
- **bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu**
- wenn der Versicherte ohne triftigen Grund nicht zu einer Vorladung des Versicherers erscheint. In diesem Fall kann dieser die bereits erbrachten Leistungen zurückfordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung stellen.
- bei einer Reise ins Ausland in den in Artikel 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Fällen
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- bei einem Vorbehalt
- bei den Folgen einer freiwilligen Schönheitsoperation, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird
- bei Folgen von Kriegsereignissen in den in Artikel 18 Ziffer 1 Buchstabe d der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen

Die detaillierten Einschränkungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Wann beginnt der Vertrag?

Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, sobald der Versicherer die Annahme des Antrags mitteilt.

Wann endet der Vertrag?

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag in folgenden Fällen kündigen:

- schriftlich spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrags gemäss Police
Die Kündigung gilt als rechtzeitig eingegangen, wenn sie spätestens am 30. September beim Versicherer eintrifft. Wenn der Vertrag nicht gekündigt wird, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr.
- nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung erbracht wurde, spätestens aber innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung durch den Versicherer Kenntnis erhalten hat
- wenn der Versicherer die Prämien anpasst. In diesem Fall muss die Kündigung vor Ende des Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen.
- wenn der Versicherer seine Informationspflicht gemäss Artikel 3 VVG verletzt. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nachdem die versicherte Person von der Verletzung erfährt, spätestens aber ein Jahr nach der Pflichtverletzung.

Die Versicherung endet ausserdem:

- bei der Einstellung der Tätigkeit oder der Eröffnung eines Konkursverfahrens
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird

Der Versicherer kann den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- schriftlich spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrags gemäss Police. Wenn der Vertrag nicht gekündigt wird, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr.
- wenn der Versicherungsnehmer eine erhebliche Tatsache verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt hat
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- bei Versicherungsbetrug (oder dem Versuch dazu) durch den Versicherungsnehmer

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

Wann beginnt die Versicherung?

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

Wann endet die Versicherung?

Die Versicherungsdeckung endet für jeden Versicherten:

- nach Ablauf des Arbeitsvertrags
- bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 21 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- nach Ablauf oder mit dem Ruhen der Versicherungspolice
- spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht
- nach Ablauf der UVG-Versicherungsdeckung für entsandte Arbeitnehmer

Wann endet der Leistungsanspruch?

Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:

- mit dem Ruhen der Versicherungsdeckung infolge unbezahlter Prämien
- bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
- spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht
- am Ende eines Arbeitsverhältnisses, das 3 Monate oder weniger dauert
- mit der Kündigung der Police, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird.

Wie werden die Daten vom Versicherer bearbeitet?

Der Versicherer behandelt die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen, unter anderem Vertrags-, Inkasso- und Schadendaten, mit der notwendigen Vertraulichkeit. Die Weitergabe der Daten an Dritte ist nur in den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmefällen zulässig.

Die Daten von im Ausland verweilenden Personen können auch an Partner im Ausland weitergegeben werden. Zweck der Datenbearbeitung ist insbesondere die Risikoprüfung, die Verwaltung der Police, die Prämienberechnung sowie die Schadenbearbeitung. Der Versicherungsnehmer und die Versicherten ermächtigen den Versicherer sowie seine Beauftragten, die nötigen Daten im Zusammenhang mit seinen Ver-

trägen bei den Mitgliedsversicherern und/oder Mitgliedsgesellschaften der Groupe Mutuel, Association d'assureurs, zu bearbeiten. Diese Daten werden auf Papier und/oder in elektronischer Form aufbewahrt.