

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektive Deckung für Krankentaggelder gemäss VVG

**PC-M**

PCMAM02-A10 – Ausgabe 01.01.2011

## Inhaltsverzeichnis

### A. Allgemeines

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

### B. Umfang der Versicherung

- Art. 4** Versicherte Risiken  
**Art. 5** Versicherte Personen  
**Art. 6** Versicherungsdeckungen  
**Art. 7** Beitritt mit Risikoprüfung  
**Art. 8** Beginn und Ende des Vertrags  
**Art. 9** Verzicht auf Kündigung im Schadenfall  
**Art. 10** Beginn und Ende der Versicherungsdeckung  
**Art. 11** Übertritt in die Einzelversicherung

### C. Versicherte Leistungen

- Art. 12** Leistungen  
**Art. 13** Leistungen im Ausland  
**Art. 14** Einschränkung des Leistungsanspruchs

### D. Zusätzlich zum EOG entrichtetes

#### Taggeld bei Mutterschaft

- Art. 15** Versicherungsdeckung  
**Art. 16** Versicherte Leistungen

### E. Zusätzliche Taggeldversicherung

- Art. 17** Leistungsumfang  
**Art. 18** Versicherungsdeckung  
**Art. 19** Übertritt in die Einzelversicherung  
**Art. 20** Prämie  
**Art. 21** Zusatzbestimmungen

### F. Prämien

- Art. 22** Prämienzahlung  
**Art. 23** Anpassung des Prämientarifs  
**Art. 24** Prämienabrechnung  
**Art. 25** Überschussbeteiligung

### G. Verschiedene Bestimmungen

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

## A. Allgemeines

### Art. 1 Zweck der Versicherung

Der in der Police erwähnte Versicherer versichert die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit, die aus einer Krankheit, einem Unfall oder einer Niederkunft hervorgeht, zusätzlich zu den Mutterschaftsleistungen des Erwerbsersetzungsgesetzes (EOG), sofern diese Deckungen in der Police enthalten sind.

### Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

- den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Zusatz- oder Besonderen Bedingungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
- den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten, sowie den jeweiligen medizinischen Fragebogen
- dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908

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

### Art. 3 Begriffe

- Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die medizinisch feststellbar und nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist, und ausserdem eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Im Rahmen einer Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind der Krankheit gleichgestellt.
- Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat. Dem Unfall gleichgestellt sind Folgen eines Unfalls, unfallbedingte Rückfälle, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten im Sinn des UVG.
- Mutterschaftsurlaub ist der ununterbrochene Zeitabschnitt von 14 Wochen ab dem Tag der Niederkunft.
- Gesundheitsbeeinträchtigung:  
Die Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst Unfälle und Krankheitsfälle ein.

5. **Arbeitsunfähigkeit:**  
Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte teilweise oder vollkommen unfähig ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit in seinem Tätigkeitsbereich auszuüben. Sie muss zudem auf eine Beeinträchtigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit zurückzuführen sein. Bei einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit kann vom Versicherten auch eine Tätigkeit in einem anderen Beruf oder einem anderen Tätigkeitsbereich verlangt werden.
6. **Fall:**  
Unter Fall wird der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit verstanden, die Anspruch auf Leistungen gibt, wenn eine oder mehrere Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen.
7. **Rückfall/Neuer Fall:**  
Eine Arbeitsunfähigkeit, die medizinisch auf einen früheren Fall zurückzuführen ist, gilt als Rückfall.  
Der Rückfall gilt nur dann als neuer Fall, wenn er nach 365 Tagen erneut auftritt.
8. **Grenzgebiet:**  
Grenzgebiet ist das Gebiet, das sich 50 Kilometer über die Schweizer Grenze hinaus erstreckt.

## B. Umfang der Versicherung

### Art. 4 Versicherte Risiken

1. Der Versicherer gewährleistet den Versicherungsschutz gegen das Krankheitsrisiko, sofern nichts anderes vereinbart worden ist.
2. Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, wenn dies ausdrücklich in der Versicherungspolice vorgesehen ist. Der Leistungsumfang für Unfälle entspricht demjenigen bei Krankheit.
3. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen im Sinn des UVG sowie ihre Folgen werden ausschliesslich im Rahmen der Unfalldeckung übernommen.
4. Das zusätzliche Taggeld zu den Geburtszulagen bei Mutterschaft gemäss EOG ist nur dann versichert, wenn es ausdrücklich in der Police vermerkt und mit einer Kollektivversicherung für Taggeld bei Krankheit verbunden ist.
5. Der Versicherer entrichtet das Taggeld bis zur in der Police vorgesehenen Deckung auf der Basis eines Jahreshöchstgehalts von Fr. 250'000.– pro Person. Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung, mit Ausnahme des in Artikel 5 Absatz 2 erwähnten Taggeldes, das als Summenversicherung abgeschlossen wurde.

### Art. 5 Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen ist in der Versicherungspolice bestimmt.
2. Der Arbeitgeber oder die Führungspersonen des Unternehmens können auf Antrag einen festen Lohnbetrag versichern, sofern sie namentlich in der Police aufgeführt sind. Dieser vertraglich festgelegte Lohn wird als Summenversicherung abgeschlossen.

3. Personen, die ihren Anspruch auf Leistungen aus einer Taggeldversicherung ausgeschöpft haben (mit Ausnahme der Bedingungen der zusätzlichen Taggeldversicherung, Artikel 17 bis 21 AVB), sowie Personen, die dem Versicherungsnehmer von einem Drittunternehmen ausgeliehen werden, können der Taggeldversicherung nicht beitreten.
4. Personen, die zurzeit des Inkrafttretens des Vertrags oder bei Beginn des Arbeitsverhältnisses infolge einer Gesundheitsschädigung voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, werden erst versichert, wenn sie ihre volle Arbeitsfähigkeit während mindestens eines Monats wiedererlangt haben. Die Vereinbarungen über Freizügigkeit bleiben vorbehalten.

### Art. 6 Versicherungsdeckungen

Die Dauer des Leistungsanspruchs wird in der Police festgelegt.

#### a. BVG-Koordination:

1. Die Leistungen werden pro Fall bis zum Einsetzen des Anspruchs auf eine BVG-Rente ausgerichtet, bzw. bis zur Ausschöpfung des Anspruchs auf die in diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen. Sieht der Vertrag nichts anderes vor, besteht während höchstens 730 Tagen pro Fall Anspruch auf Leistungen. Massgebend ist der erreichte Grenzwert.
2. Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine Gesundheitsbeeinträchtigung auf, die auf einen früheren Fall zurückzuführen ist, werden die in Zusammenhang mit dieser Gesundheitsbeeinträchtigung entschädigten Tage ausschliesslich dem früheren Fall angerechnet. Bei Gesundheitsbeeinträchtigungen, die auf einen Fall mit ausgeschöpften Leistungen zurückzuführen sind, besteht kein Versicherungsschutz und kein Leistungsanspruch mehr.

#### b. Erweiterte Deckung:

Ohne gegenteilige Vereinbarung erstreckt sich der Leistungsanspruch über eine Dauer von 730 Kalendertagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen, dies für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten.

### Art. 7 Beitritt mit Risikoprüfung

Eine Risikoprüfung ist erforderlich, wenn dies im Antrag/Vertrag vorgesehen ist oder der Lohn das Jahreshöchstgehalt übersteigt.

### Art. 8 Beginn und Ende des Vertrags

1. Die Police enthält sowohl Vertragsbeginn als auch Vertragsende. Letzteres ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
2. Bei Ende der Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens am 30. September (Poststempel) per Einschreiben gekündigt wird.

3. Bei Einstellung der Tätigkeit wird die Kündigung auf das Ende des entsprechenden Monats akzeptiert. Der Versicherer muss hiervon innert 30 Tagen nach Einstellung der Tätigkeit des Unternehmens oder der Konkurseröffnung informiert werden.
4. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, spätestens innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
5. Der Vertrag kann gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt hat oder beim Versuch dazu.
6. Einzelversicherte können die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats kündigen.
  - c. nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Arbeitsvertrags
  - d. beim Einsetzen des Anspruchs auf eine BVG-Rente im Rahmen der BVG-Koordination
  - e. bei der Ausschöpfung des Anspruchs auf Leistungen im Rahmen einer erweiterten Versicherungsdeckung am Ende des Monats, in dem der Versicherte pensioniert wird. Falls der Versicherte über das AHV-Alter hinaus erwerbstätig bleibt und seine Versicherungsdeckung aufrechterhalten möchte, muss der Versicherungsnehmer dies vorher beim Versicherer beantragen. Der Versicherungsschutz wird ihm im Sinn von Artikel 12 Absatz 20 und Artikel 14 Absatz 3 höchstens bis Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr erreicht, gewährt. Nach Ausschöpfung der 180 Taggelder oder bei Kündigung des Kollektivvertrags enden sowohl die Versicherungsdeckung als auch der Leistungsanspruch.
  - g. wenn der Wohnsitz ins Ausland verlegt wird, unter Vorbehalt von Artikel 13 der vorliegenden Bedingungen
  - h. am Ende der Arbeitsunfähigkeit des Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs
  - i. bei einer definitiven Einstellung der Tätigkeit
  - j. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 22 der vorliegenden Bedingungen
  - k. wenn die Rahmenfrist oder das Anrecht auf Leistungen der Arbeitslosenkasse erlischt. Massgebend ist der ersterreichte Grenzwert.

## Art. 9 Verzicht auf Kündigung im Schadenfall

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu.

## Art. 10 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

1. Die Versicherung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag seines Dienstantritts im Unternehmen, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der Police.
2. Unbezahlter Urlaub
  - a. Die Versicherungsdeckung wird während eines unbezahlten Urlaubs von höchstens zwölf Monaten aufrechterhalten. Der Versicherte hat frühestens am voraussichtlichen Tag der Wiederaufnahme der Arbeit wieder Anspruch auf Leistungen.
  - b. Der Arbeitgeber hat dem Versicherer den Zeitraum eines unbezahlten Urlaubs seiner Angestellten jeweils 30 Tage vor Beginn dieses Urlaubs zu melden.
  - c. Wird der Versicherungsschutz weitergeführt, hat der Versicherte frühestens am Tag der voraussichtlichen Wiederaufnahme der Arbeit wieder Anspruch auf Leistungen. Ist der Versicherte an diesem Datum arbeitsunfähig, gilt die Wartefrist ab Beginn des Leistungsanspruchs. In diesem Fall basiert die Berechnung des Taggeldes auf dem AHV-Lohn, der am Ende der Arbeitstätigkeit, vor dem Beginn des unbezahlten Urlaubs galt. Während des unbezahlten Urlaubs ist der Versicherte von der Prämienzahlung befreit.
3. Die Versicherungsdeckung und der Anspruch auf Leistungen enden für jeden Versicherten:
  - a. wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt
  - b. mit der Kündigung oder dem Ruhen des Vertrags

## Art. 11 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Die folgenden Personen, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten gehören, haben das Recht, ihre Versicherungsdeckung beim Versicherer als Einzelversicherte fortzuführen:
  - Versicherte, die nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG) als arbeitslos gelten
  - Versicherte, die arbeitsunfähig sind oder ein Einkommen in der Schweiz bei Austritt aus dem Kollektivvertrag unter Vorbehalt von Absatz 6 nachweisen können
2. Der Versicherte hat sein Übertrittsrecht innert 90 Tagen nach Austritt aus dem Kollektivvertrag geltend zu machen (Artikel 26 Absatz 1), andernfalls erlischt es.
3. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
4. Bei Abschluss einer Einzel-Taggeldversicherung gemäss Artikel 11 dieser Bedingungen hat die Person, die in den Genuss der Freizügigkeit kommt, Anspruch auf die bisher versicherten Leistungen und Bedingungen. Die Prämienbefreiung ist davon ausgenommen.
5. Bereits in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen werden an diejenigen der Deckung der Einzelversicherung angerechnet.
6. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht (unter Vorbehalt von Artikel 100 VVG bezüglich des Anspruchs von Arbeitslosen):

- a. wenn der Vertrag für die Kollektivversicherung vom Versicherungsnehmer gekündigt wird
- b. für Selbstständigerwerbende/Arbeitgeber und deren Familienangehörige, die nicht der AHV unterstellt sind
- c. für Personen, die einen zeitlich befristeten Arbeitsvertrag abgeschlossen haben oder illegal arbeiten
- d. wenn die Anstellung des zu Versichernden dem Grundsatz von Treu und Glauben widerspricht
- e. wenn der Versicherte seine Arbeitsstelle wechselt und in die Taggeldversicherung des neuen Arbeitgebers übertritt
- f. für Versicherte, die das AHV-Rentenalter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden
- g. wenn der Kollektivvertrag aufgrund von Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe j der vorliegenden Bedingungen aufgelöst wurde

## C. Versicherte Leistungen

### Art. 12 Leistungen

#### Voraussetzungen:

1. Das Taggeld wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% erbracht.
2. Die Höhe des Taggeldes wird aufgrund des Lohns, der zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit gültig war, berechnet. Die Berechnung basiert auf den Angaben, die der Arbeitgeber auf den vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formularen gemacht hat.
3. Die Arbeitsunfähigkeit teilweise invalider oder behinderter Personen wird nach dem Grad der Unfähigkeit, ihre derzeitige Beschäftigung auszuüben, berechnet.
4. Der Versicherungsnehmer hat eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit innert sieben Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung zu melden. Er bescheinigt diese durch ein von einem zugelassenen Arzt ausgestelltes Zeugnis. Bei Wartefristen von 30 und mehr Tagen kann der Versicherungsnehmer den Versicherer innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung informieren. Trifft die Meldung nach Ablauf dieser Frist beim Versicherer ein, so gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens ab dem Eingangstag und nach Abzug der Wartefrist.
5. Findet der erste Arzttermin mehr als drei Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit statt, behält sich der Versicherer das Recht vor, diesen Tag als ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu betrachten.
6. Ist das erste Arbeitsunfähigkeitszeugnis mehr als drei Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden, behält sich der Versicherer das Recht vor, den Tag der Erstellung dieses Zeugnisses als ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu betrachten.
7. Die Leistungspflicht wird während des Mutterschaftsurlaubs aufgehoben.
8. Leistungen im Todesfall infolge leistungspflichtiger Arbeitsunfähigkeit:
  - Der Versicherer erbringt das Taggeld im Rahmen des Leistungsanspruchs und der Bestimmungen von Artikel 338 OR.

#### Berechnung des Taggeldes:

9. Wird das Taggeld in festen Frankenbeträgen geleistet, so richtet der Versicherer diesen vertraglich vereinbarten Betrag unter Vorbehalt der Überversicherung und der Überentschädigung aus.
10. Bei der Taggeldversicherung in Lohnprozenten erfolgt die Berechnung für die Stunden- und Monatslöhne unter Vorbehalt der Bestimmungen eines allfälligen Gesamtarbeitsvertrags folgendermassen:

#### 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:
  - festgelegtem Deckungssatz

Auf diese Weise sind die Entschädigungen für Ferien- und Feiertage eingerechnet. Beim Brutto-Grundstundenlohn werden die Ferien- und Feiertage nicht zum Grundlohn hinzugefügt.

#### Monatslohn:

- Monatslohn
  - multipliziert mit:
  - 12 Monaten (oder 13 bei 13. Monatslohn)
  - geteilt durch:
  - 365 Tage (inklusive Schaltjahr)
  - multipliziert mit:
  - festgelegtem Deckungssatz

11. Wenn das Einkommen starken Schwankungen unterliegt (z. B. Vergütung auf Kommissionsbasis oder unregelmässiger Aushilfsdienst), wird das Taggeld dadurch bestimmt, dass der während 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit erhaltene Lohn durch 365 geteilt wird.

#### Auszahlung:

12. Das geschuldete Taggeld wird für alle Krankheitstage ausbezahlt (inkl. Sonn- und Feiertage).
13. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld ausbezahlt.
14. Die Entschädigung der Arbeitsunfähigkeit kann erst nach Erhalt eines Zwischen- oder Schlusszeugnisses (Wiederaufnahme der Arbeit) erfolgen. Das Zwischenzeugnis muss dem Versicherer einmal pro Monat zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird der Versicherte nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder längstens bis zum Ende des laufenden Monats.

**Wartefristen:**

15. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist ausgerichtet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
16. Die Wartefrist wird bei jedem Schadenfall angewandt, ausser es handle sich um einen Rückfall, unter Vorbehalt der verbleibenden Wartefrist.
17. Die Wartefrist kommt während einer Arbeitsunfähigkeit auch bei einem Risikowechsel (Krankheit, Unfall) zur Anwendung.
18. Die Wartefrist wird der Leistungsdauer angerechnet.

**Leistungsdauer:**

19. Ist dem Versicherten zuzumuten, dass er seine Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf oder einer angepassten Tätigkeit ausübt, entrichtet der Versicherer das Taggeld vorübergehend während drei bis fünf Monaten, sofern der Versicherte die notwendigen Schritte unternimmt wie Arbeitssuche, Eintragung in die Arbeitslosenversicherung, Einreichen eines IV-Gesuchs, usw.
20. Nach dem AHV-Alter und bis höchstens zum 70. Altersjahr hat eine Person, die weiterhin zum Kreis der Angestellten des Unternehmens zählt, Anrecht auf 180 Taggelder für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten. Falls die Arbeitsunfähigkeit jedoch vor dem AHV-Alter begonnen hat und der nach dem AHV-Alter verbleibende Leistungsanspruch weniger als 180 Tage beträgt, ist der maximale Anspruch nach dem AHV-Alter auf den verbleibenden Anspruch begrenzt.
21. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit gelten als volle Tage.

**Verzicht:**

22. Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung darf nicht dadurch aufgehoben werden, dass der Versicherte auf Taggelder verzichtet, bevor der Arzt seine Genesung bescheinigt hat.

**Änderung der Einzel-Taggeldversicherung:**

23. Im Fall einer Arbeitsunfähigkeit kann das Taggeld erst dann erhöht werden, wenn der Versicherte während mindestens 30 Tagen wieder voll arbeitsfähig ist.
24. Die Tage, während der die Versicherten Taggelder ihres Vorversicherers bezogen haben, werden der Leistungsdauer angerechnet.

**Art. 13 Leistungen im Ausland**

1. Während eines Aufenthalts ausserhalb der Schweiz und Liechtenstein, bzw. ausserhalb der Grenzzone für Grenzgänger, besteht keine Leistungspflicht. Die Leistungen werden bei der bestätigten Rückkehr des Versicherten in die Schweiz, bzw. in die Grenzzone für Grenzgänger, gewährt.  
Hingegen werden die Leistungen während eines Spitalaufenthalts gewährt, wenn der Versicherte nicht repatriert werden kann.
2. Personen, die im Ausland für einen schweizerischen Arbeitgeber tätig sind oder sich zu Ausbildungszwecken im Ausland aufhalten und von ihrem Arbeitgeber entlohnt

werden, haben Anspruch auf Taggeld. Die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch ist auf 24 Monate beschränkt.

3. Der Versicherte, der sich während seiner Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchte, muss den Versicherer darüber informieren. Letzterer behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen nach einer Analyse der Umstände während eines begrenzten Zeitraums zu entrichten.
4. Verlässt ein arbeitsunfähiger Versicherter ohne Einverständnis des Versicherers die Schweiz, bzw. die Grenzzone für Grenzgänger, hat er bis zu seiner Rückkehr keinen Anspruch mehr auf Versicherungsleistungen.

**Art. 14 Einschränkung des Leistungsanspruchs**

1. Die Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen sogar abgelehnt werden, wenn der Versicherte die in Artikel 27 aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält.
2. Die Leistungen werden gekürzt, wenn sich der Versicherte den Anordnungen des Arztes entzieht.
3. Ist der Versicherte im Zeitpunkt, in dem er das AHV-Alter erreicht, arbeitsunfähig, entfällt sein Leistungsanspruch, ausser wenn der Versicherungsnehmer vorher einen Antrag gemäss Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe f gestellt hat.
4. Die Leistungen werden verweigert:
  - a. bei Verletzung der Anzeigepflicht und bei Vorbehalt
  - b. bei einer absichtlich unwahren Anzeige einer Gesundheitsschädigung
  - c. bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer freiwilligen Schönheitsoperation
  - d. bei Teilnahme an Schlägereien und Raufereien, in die mindestens zwei oder mehrere Personen verwickelt sind, bei Kriegs- und Terrorakten sowie bei Ausübung eines vorsätzlichen Verbrechens, Vergehens oder dem Versuch dazu
  - e. bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer durch den Versicherten verursachten Gesundheitsschädigung wie Selbstmord, Selbstmordversuch oder Selbstverstümmelung
  - f. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden
  - g. bei Erdbeben
  - h. bei Militärdienst im Ausland
  - i. bei Teilnahme an Wagnissen im Sinn des UVG
  - j. wenn die Anstellung der zu versichernden Person nicht den Regeln von Treu und Glauben entspricht (beispielsweise zur Umgehung der Risikoprüfung oder zum Erwerb eines neuen Leistungsanspruchs)
  - k. wenn der Versicherte sich weigert, bei den Anordnungen des Versicherers mitzuwirken, insbesondere sich von einem vom Versicherer bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen oder einer Massnahme zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit Folge zu leisten (z. B. Wiedereingliederungsmassnahmen)
  - l. wenn der Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers den Arzt wechselt, nachdem Letzterer die Möglichkeit einer vollen oder teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit bescheinigt hat

- m. wenn der Versicherte das Prinzip der Schadenminderung nicht einhält
- n. bei Schadenfällen verursacht durch kriegerische Ereignisse
  - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein
  - im Ausland, ausser wenn der Versicherte von diesen Ereignissen überrascht wurde und die Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten nach Beginn dieser Ereignisse eintritt

## **D. Zusätzlich zum EOG entrichtetes Taggeld bei Mutterschaft**

### **Art. 15 Versicherungsdeckung**

1. Das zusätzlich bei Niederkunft entrichtete Taggeld unterliegt dem Recht auf Leistungen des Bundesgesetzes über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG).
2. Das versicherte Taggeld wird entrichtet, wenn die Versicherte bei der Niederkunft durch ihren Arbeitgeber während mindestens 270 Tagen ununterbrochen über die Leistungen des EOG hinaus versichert war.

### **Art. 16 Versicherte Leistungen**

1. Der Versicherer entrichtet Taggelder bis zur Höhe der in der Police vorgesehenen Deckung, die auf einem Jahreshöchstgehalt von Fr. 250'000.– pro Versicherte basiert.
2. Die in der Police vermerkte Versicherungsdeckung richtet sich nach der Deckungsdauer, dem Deckungssatz und dem vereinbarten Überschusslohn.
3. Der Anspruch auf Taggeld besteht ab dem Tag der Niederkunft, unter Vorbehalt des im EOG vorgesehenen Aufschubs des Rechts auf Mutterschaftsurlaub. Die Taggelder müssen ununterbrochen und rückwirkend auf das Ende jedes Kalendermonats entrichtet werden, der Anspruch auf zusätzliches Taggeld bei Erhalt der Lohnabrechnung gibt.

## **E. Zusätzliche Taggeldversicherung nach VWG**

### **Art. 17 Leistungsumfang**

1. Falls die zusätzliche Taggeldversicherung in der Police vorgesehen ist, muss das Einverständnis jedes betroffenen Arbeitnehmers vorliegen. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, bei einem Fall mit ausgeschöpften Taggeldleistungen weiterhin den Versicherungsschutz gegen das Krankheitsrisiko zu gewährleisten.
2. Der Angestellte muss über eine restliche Arbeitsfähigkeit verfügen. Versicherungsnehmer und Versicherer legen die anwendbaren Bedingungen der Versicherungsdeckung fest, insbesondere die einmonatige Frist zwischen der ef-

fektiven Aufnahme der angepassten Arbeitstätigkeit und des effektiven Inkrafttretens der Versicherung.

3. Die zusätzliche Taggeldversicherung ist ausschliesslich an die Kollektivtaggeldversicherung der Groupe Mutuel-Mitgliedsversicherer gebunden.
4. Der Versicherer entrichtet das Taggeld gemäss der vertraglich vereinbarten Versicherungsdeckung.
5. Die Berechnung des Taggeldes basiert auf den gleichen Kriterien wie die in der Police festgelegte Versicherungsdeckung (Prozentsatz des Lohns, Wartefrist, versichertes Risiko, Begriff Schadenversicherung u. a.).
6. In Abweichung von Artikel 12 Absatz 18 dieses Reglements wird die im Kollektivvertrag vorgesehene Wartefrist nicht der Höchstdauer der Versicherungsdeckung angerechnet.
7. Falls der Angestellte die Leistungsdauer der Versicherungsdeckung fünf Jahre nach Beginn der zusätzlichen Taggeldversicherung nicht ausgeschöpft hat, entsteht erneut Anspruch auf die per Vertragsbeginn vorgesehene Deckung, sofern das Arbeitsverhältnis mit seinem Arbeitgeber weiterhin besteht.

### **Art. 18 Versicherungsdeckung**

1. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Versicherte die zusätzliche Taggeldversicherung abschliessen, wenn
  - a. er den Anspruch auf eine Taggeldversicherung bei Krankheit einmal ausgeschöpft hat,
  - b. er über eine im Unternehmen verwertbare Arbeitsfähigkeit verfügt und
  - c. ihm ein dieser Arbeitsfähigkeit angepasster Arbeitsplatz vorgeschlagen wurde.
2. Der Angestellte kann nur einmal Anspruch auf die zusätzliche Taggeldversicherung erheben.
3. Falls der Angestellte bereits zum Versichertenkreis des Unternehmens gehört, beginnen die zusätzliche Versicherung sowie der Leistungsanspruch frühestens nach Ablauf der in Artikel 17 Absatz 2 vereinbarten Frist.

### **Art. 19 Übertritt in die Einzelversicherung**

Zur Förderung der Wiedereingliederung ist der Versicherungsschutz streng an den Kollektivvertrag des Unternehmens gebunden.

Versicherte, die nicht mehr zum Versichertenkreis zählen, haben kein Freizügigkeitsrecht.

### **Art. 20 Prämie**

Die in der Police festgelegte Kollektivprämie umfasst sowohl das übliche Kollektivversicherungsprodukt als auch die zusätzliche Taggeldversicherung.

### **Art. 21 Zusatzbestimmungen**

1. Um in den Genuss der zusätzlichen Taggeldversicherung zu kommen, muss der Arbeitgeber beim Versicherer einen Antrag stellen.

2. Damit der Angestellte Leistungen aus der zusätzlichen Taggeldversicherung beziehen kann, hat der Arbeitgeber spezifische Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Arbeitstätigkeit innerhalb des Unternehmens zu treffen (z. B. Senkung des Arbeitspensums, Anpassung der Tätigkeit oder des Arbeitsplatzes).

## F. Prämien

### Art. 22 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Der Prämienatz wird vertraglich pro Kalenderjahr bestimmt. Die Prämie ist an dem in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar. Die provisorische Prämie kann jederzeit an die reelle Situation angepasst werden.
3. 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 angepasst werden. Nicht bezahlte Raten der Jahresprämie bleiben geschuldet.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht entrichtet, so fordert der Versicherer den Schuldner auf, den Ausstand samt Kosten innert 14 Tagen nach Absenden der Mahnung zu bezahlen. Er macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist. Unter Ruhen der Leistungspflicht (Sistierung) des Versicherers ist zu verstehen:
  - Für neu eintretende Fälle, die während der Sistierung eintreten, werden keine Leistungen erbracht.
  - Für laufende Fälle werden für die Zeit während der Sistierung keine Leistungen erbracht.
5. Wird die rückständige Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist durch den Versicherer eingefordert, gilt der Vertrag als beendet.
6. Während des Ruhens der Deckung werden die Tage der Arbeitsunfähigkeit an die Leistungsdauer angerechnet. Die Versicherungsdeckung und die Zahlungen von bereits laufenden Leistungen werden jedoch erst wieder wirksam, wenn die rückständige Prämie vollständig beglichen wurde, und zwar ab dem Tag der Begleichung der Prämie. Es werden keine rückwirkenden Leistungen erbracht.
7. Beginnt oder endet die Mitgliedschaft im Verlauf eines Kalendermonats, sind die Prämien im Rahmen der Einzelversicherung für den ganzen Monat geschuldet.

### Art. 23 Anpassung des Prämientarifs

1. Der Versicherer hat das Recht, die Prämien jedes Jahr der Entwicklung der Schadenfälle anzupassen. Diese Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Prämie unverzüglich an veränderte Verhältnisse wie Fusion, Spal-

3. Bei einer allfälligen Tarifänderung während der Vertragsdauer kann der Versicherer die Vertragsanpassung auf Anfang des nächsten Jahres vornehmen.
4. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe der neuen Prämie. Ist der Versicherungsnehmer mit der neuen Prämie nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des Jahres kündigen.
5. Trifft vor Ende des Jahres kein Kündigungsschreiben per eingeschriebenem Brief ein, gelten die Änderungen als angenommen.
6. Wenn nach der Festlegung der Prämie Fälle von Arbeitsunfähigkeiten mit Verspätung angemeldet werden, hat der Versicherer das Recht, die Prämie rückwirkend an die tatsächliche Schadenbelastung anzupassen. Rückwirkende Korrekturen gelten als angenommen, wenn der Versicherer 30 Tage nach Mitteilung der Prämienkorrektur kein Kündigungsschreiben per eingeschriebenem Brief erhalten hat. Die Kündigung tritt frühestens am Ende des Monats, in dem der Versicherer die Mitteilung erhalten hat, in Kraft.
7. Alle während der Dauer der Kollektiv-Taggeldversicherung eingetretenen Schadenfälle werden dem Kollektivvertrag angerechnet.

### Art. 24 Prämienabrechnung

1. Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 26 der Bedingungen gelieferten Dokumente erstellt.
2. Im Rahmen der Einzelversicherung ist keine Prämienbefreiung vorgesehen.

### Art. 25 Überschussbeteiligung

1. Im Rahmen einer vertraglich vorgesehenen Überschussbeteiligung erhält der Versicherungsnehmer nach einer Abrechnungsperiode von mindestens drei Kalenderjahren und per 31. Dezember den im Vertrag vorgesehenen Anteil am Überschuss gemäss den in der Police vorgesehenen Bestimmungen.
2. Die Abrechnung erfolgt frühestens fünf Monate nach Ende der Abrechnungsperiode, aber erst, nachdem alle in diese Periode fallenden Schadenfälle erledigt und entschädigt sind.
3. Werden die auf eine abgeschlossene Abrechnungsperiode entfallenden Schadenfälle erst nach Erstellung der Abrechnung gemeldet oder entschädigt, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert den zuviel ausbezahlten Anteil zurück.
4. Eine allfällige Gewinnbeteiligung wird überwiesen, wenn der Kollektivvertrag bis Ende der Abrechnungsperiode in Kraft bleibt.
5. Bei der Berechnung der Überschussbeteiligung werden alle Schadenfälle, die während der Kollektiv-Taggeldversicherung eintreten, dem Kollektivvertrag angerechnet.

- Die Prämien und Leistungen bezüglich des zusätzlichen Taggelds zum EOG bei Mutterschaft werden in der Berechnung der Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt.

## G. Verschiedene Bestimmungen

### Art. 26 Pflichten des Versicherungsnehmers

- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung aufrechtzuerhalten, wenn sie nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen oder wenn der Vertrag endet.
- Im Sinn der Informationspflicht (Artikel 3 VVG) ist der Versicherungsnehmer auch verpflichtet, die versicherten Personen über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren. Dazu verfügt er über Merkblätter des Versicherers.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer sofort zu benachrichtigen, wenn ein arbeitsunfähiger Versicherter aus dem Kollektivvertrag ausscheidet.
- Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung muss der Arbeitgeber dem Versicherer die AHV-Abrechnung der Versicherten übergeben, oder bei deren Fehlen eine Namensliste mit dem Geburtsdatum oder der AHV-Nummer, dem Geschlecht, dem Lohn pro Versicherten und Zeitraum der Tätigkeit.
- Wenn die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach der Anfrage des Versicherers geliefert werden, kann Letzterer den Versicherungsnehmer auffordern, seiner Pflicht innert 14 Tagen ab Versand der Mahnung nachzukommen.
- Bleibt die Aufforderung wirkungslos, kann der Versicherer selbst eine Schätzung vornehmen, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht. Für die Zahlung der Zusatzprämie ist Artikel 22 des Reglements analog anwendbar.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer bzw. bevollmächtigte Dritte zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Verrechnungskasse der AHV übergeben werden, einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzueben.
- Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer die Schadenfälle zu melden und ihm unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Feststellung des Lohn- oder Erwerbsausfalls nötig sind (Arztzeugnisse, Erklärung des Arbeitgebers, AHV-Abrechnungen, Steuererklärungen, Geburtsurkunden usw.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.
- Die Wartefrist geht zulasten des Arbeitgebers.

### Art. 27 Pflichten des Versicherten

- Der Leistungsberechtigte muss dem Versicherer alle massgeblichen Dokumente liefern, einschliesslich einer Vollmacht, die den Versicherer berechtigt, Informationen von Dritten zu erhalten, damit der Versicherer die Forderung prüfen kann. Es besteht die Möglichkeit, dass nicht kooperierende Leistungsberechtigte ihren Anspruch verlieren.
- Jede Änderung des Grads der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
- Der Versicherte befreit das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
- Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit vom Versicherer beauftragten Ärzten und Schadeninspektoren verpflichtet. Er hat deren Anweisungen zu befolgen, sämtliche Angaben zu machen und die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Wenn der Versicherte ohne triftigen Grund nicht zur medizinischen Begutachtung erscheint, behält sich der Versicherer das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen zu verlangen sowie das Honorar der nicht eingehaltenen Konsultation in Rechnung zu stellen.
- Der Versicherte hat ab Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles, was seiner Genesung schaden oder seine Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.
- Der Versicherte muss sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln lassen oder sich an den Massnahmen für seine berufliche Wiedereingliederung beteiligen, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Verdienstmöglichkeit geschaffen werden kann.
- Um in den Genuss des zusätzlichen Taggelds zum EOG bei Mutterschaft zu kommen, muss die Versicherte, falls nötig, eine entsprechende Abrechnung der zuständigen Ausgleichskasse erbringen.

### Art. 28 Leistungen Dritter

- Im Rahmen der frühzeitigen Erfassung ist der Versicherer berechtigt, einen Versicherten bei der IV-Stelle anzumelden. Letzterer wird vorgängig informiert.
- Im Sinn der Schadenminderungspflicht kann der Versicherer den Versicherten anhalten, bei der Invalidenversicherung ein Gesuch einzureichen.
- Nachdem der Versicherer den Versicherten in einer schriftlichen Mitteilung gebeten hat, sich bei der zuständigen Sozial- oder Privatversicherung anzumelden oder bestimmte Massnahmen umzusetzen, macht der Versicherer seine Leistungen von dieser Meldung abhängig. Bei Ablehnung behält sich der Versicherer das Recht vor, die seit dieser Mitteilung entrichteten Leistungen zurückzuverlangen.
- Der Versicherer erbringt seine Leistungen ergänzend zu den Leistungen, die nicht durch einen Sozialversicherer gedeckt sind, und dies im Umfang der in der Police vorgesehenen Leistungen.



5. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aus Sanktionsgründen, so gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
6. Ist der Erwerbsausfall durch mehrere Privatversicherungen gedeckt, so darf der Gesamtbetrag der von ihnen ausgerichteten Leistungen den erlittenen Erwerbsausfall nicht übersteigen. Der Versicherer richtet seine Leistung im Verhältnis zu dem Teil aus, der seinem Anteil am Gesamtbetrag der von sämtlichen Versicherern versicherten Leistungen entspricht.
7. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses bis zur Höhe der vertraglichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihren Hinterlassenen ein.
8. 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.
9. Der Versicherer schiesst Taggeldleistungen vor, solange kein Rentenanspruch aus der Invalidenversicherung (IVG), einer Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), einer beruflichen Vorsorge (BVG) oder eines ausländischen oder privaten Versicherers besteht. Sobald eine oder mehrere dieser Einrichtungen eine Rente gewährt, ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summe direkt bei den betroffenen Einrichtungen oder einem anderen Dritten zu verlangen. Die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summe steht dem Versicherer zu.
10. Für die Berechnung der Leistungsdauer werden die Tage, an welchen die Leistungen wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter gekürzt wurden, als ganze Tage gezählt.
11. Die Anzahl Tage, an denen durch frühere Versicherer Taggelder entrichtet wurden, werden im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens auf die Dauer des Leistungsanspruchs der Kollektivversicherung angerechnet.

## **Art. 29 Überentschädigung/Übersversicherung**

1. Die Leistungen des Versicherers oder deren Zusammenreffen mit Leistungen anderer Versicherer (inkl. Sozialversicherungen wie IV, EOG, UVG und BVG) dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Der über das in der Police versicherte Taggeld hinausgehende Anteil muss dem Versicherer rückerstattet werden.
2. Übersversicherung, das heisst die Versicherung eines Betrags, der das Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder aus Arbeitslosengeld übersteigt, ist nicht zugelassen. Im Fall einer Übersversicherung wird das Taggeld gekürzt, bis es dem Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosengeld entspricht, das der Versicherte am Anfang des Monats erzielte, in dem die Übersversicherung festgestellt wurde. Prämien, die vor der Feststellung der Übersversicherung verlangt wurden, stehen dem Versicherer zu.
3. Wenn der Lohn, der für die Berechnung des Taggeldes bei Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde, höher als der versicherte Lohn ist oder den effektiv entgangenen Verdienst übersteigt, so behält sich der Versicherer das Recht vor, das zuviel entrichtete Taggeld zurückzuverlangen.

4. Bei Personen, die für einen festen Lohnbetrag versichert sind, entspricht der Leistungsumfang dem vereinbarten Taggeldbetrag. In diesem Fall liegt keine Übersversicherung vor. Treffen die geschuldeten Taggelder jedoch mit Versicherungsleistungen aus einer Sozialversicherung wie die Invalidenversicherung, Unfallversicherung oder Militärversicherung zusammen, werden die Taggelder um den von diesen Sozialversicherungen vergüteten Betrag gekürzt.

## **Art. 30 Verrechnung**

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Prämienforderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer bzw. gegenüber dem Versicherten für seinen Prämienanteil verrechnen.
2. Der Versicherungsnehmer hat kein Recht, dem Versicherer gegenüber etwas zu verrechnen.

## **Art. 31 Abtretung und Verpfändung der Leistungen**

Der Versicherungsnehmer kann ohne die Zustimmung des Versicherers seine Forderung weder abtreten noch verpfänden.

## **Art. 32 Mitteilungen**

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten. Der Versicherer hält ein Adressenverzeichnis dieser Agenturen zur Verfügung.
2. Die Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

## **Art. 33 Erfüllungsort und Gerichtsstand**

1. Unter Vorbehalt besonderer gegenteiliger Bestimmungen sind die Verpflichtungen aus diesem Vertrag in der Schweiz und in Schweizer Franken zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnt der Versicherungsnehmer bzw. der Anspruchsberechtigte im Ausland, ist der Sitz des Versicherers einziger Gerichtsstand.