

Allgemeine Bedingungen der Taggeldversicherung

PI

PIAM02-A6 – Ausgabe 01.01.2016

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

Verwendung der persönlichen Daten

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

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4 Versicherte Risiken
- Art. 5 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich
- Art. 6 Versicherungsdeckungen
- Art. 7 Aufnahmebedingungen

C. Beginn und Ende des Vertrags

- Art. 8 Beginn und Ende des Vertrags
- Art. 9 Kündigung im Schadenfall
- Art. 10 Betrügerische Begründung

D. Versicherungsdeckung

- Art. 11 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

E. Versicherte Leistungen

- Art. 12 Bedingungen
- Art. 13 Wartefrist
- Art. 14 Leistungen im Ausland
- Art. 15 Einschränkung des Leistungsanspruchs

F. Prämien

- Art. 16 Anpassung des Prämienatzes
- Art. 17 Prämienzahlung

G. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 18 Pflichten des Versicherten
- Art. 19 Leistungen Dritter
- Art. 20 Überentschädigung
- Art. 21 Abtretung und Verpfändung der Leistungen
- Art. 22 Mitteilungen
- Art. 23 Erfüllungsort
- Art. 24 Gerichtsstand

A. Allgemeines

Verwendung der persönlichen Daten

Der Versicherer behandelt die persönlichen Daten der versicherten Person, unter anderem Vertrags-, Inkasso- und Schandaten, 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 an Partner im Ausland weitergegeben werden. Zweck der Datenbearbeitung ist insbesondere die Risikoprüfung, die Verwaltung der Police, die Prämienberechnung sowie die Schadenbearbeitung. Der Versicherte ermächtigt den Versicherer sowie seine Beauftragten, die nötigen Daten im Zusammenhang mit seinen Verträgen bei den Versicherern und Gesellschaften, die der Groupe Mutuel angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, zu bearbeiten. Diese Daten werden auf Papier oder in elektronischer Form aufbewahrt.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der Versicherer deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Unfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall gemäss den Definitionen in den vorliegenden Versicherungsbedingungen, so-

fern 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:

1. den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
2. den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherten sowie dem medizinischen Fragebogen
3. dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
4. dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet

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 Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
FamZG: Bundesgesetz über die Familienzulagen
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 eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat. Spätfolgen und Rückfälle eines Unfalls, unfallähnliche Körperschädigungen sowie Berufskrankheiten im Sinn des UVG sind den Unfällen gleichgestellt.

5. Mutterschaftsurlaub:

Als Mutterschaftsurlaub gilt der ununterbrochene Zeitabschnitt vom Tag der Niederkunft bis zum Ende der im EOG oder im geltenden kantonalen Gesetz vorgesehenen Dauer. Massgebend ist jeweils die höhere Dauer.

6. Unfähigkeit:

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

7. Arbeitsunfähigkeit:

Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Dauert die Unfähigkeit länger als 6 Monate, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab.

8. Erwerbsunfähigkeit:

- Als Erwerbsunfähigkeit gilt der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
- Zur Bestimmung, ob eine Erwerbsunfähigkeit besteht, werden einzig die auf die Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführenden medizinischen Einschränkungen berücksichtigt.
- 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.

9. Versicherungsfall:

Unter Versicherungsfall wird der Eintritt einer Unfähigkeit verstanden, die Anspruch auf Leistungen gibt und auf eine oder mehrere Gesundheitsbeeinträchtigungen zurückzuführen ist.

10. Rückfall/neuer Versicherungsfall:

Eine Unfähigkeit, die medizinisch auf einen früheren Versicherungsfall zurückzuführen ist, gilt als Rückfall. Der Rückfall gilt nur dann als neuer Versicherungsfall, wenn er nach einem Zeitraum von 365 Tagen ab Ende des Leistungsanspruchs des vorherigen Versicherungsfalles auftritt.

11. Übertrittsrecht:

Beim Austritt aus einer Kollektivversicherung der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG besteht ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung.

B. Umfang der Versicherung

Art. 4 Versicherungspolice

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

Art. 5 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 die Versicherungsdeckung, 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.

Art. 6 Versicherungsdeckungen

Der Versicherte kann zwischen zwei Versicherungsdeckungen wählen.

Variante 1:

In der Versicherung mit BVG-Koordination werden die Leistungen pro Versicherungsfall höchstens während 730 Tagen gewährt.

Variante 2:

Der Leistungsanspruch erstreckt sich für eine oder mehrere Unfähigkeiten über eine Dauer von 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen.

Art. 7 Aufnahmebedingungen

- 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. 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.

C. Beginn und Ende des Vertrags

Art. 8 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 laufenden 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 Artikel 17 Absatz 3 dieser Bedingungen
- c. wenn ein Versicherter mit Wohnsitz im Ausland kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz mehr nachweist
- d. bei Kündigung durch den Versicherten oder den Versicherer
- e. bei Kündigung aufgrund einer Prämienhöhung im Sinn von Artikel 16
- f. bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
- g. am Ende des Monats, in dem er das AHV-Alter erreicht

Art. 9 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 mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
2. 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 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. Versicherungsdeckung

Art. 11 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

1. Die Versicherungsdeckung beginnt mit dem Inkrafttreten der Police.
2. Die Versicherungsdeckung und der Anspruch auf Leistungen enden:
 - a. bei der Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
 - b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 17 dieser Bedingungen
 - c. mit dem Ruhen des Vertrags
 - d. nach Ablauf des Vertrags

E. Versicherte Leistungen

Art. 12 Bedingungen

1. Der Versicherer zahlt das Taggeld bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 350.–/Tag aus. Vorbehalten sind Versicherte mit Übertrittsrecht.
2. 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.
3. Vergütete Tage mit teilweiser Unfähigkeit werden als ganze Tage angerechnet.
 - 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.
 - b. Ist die Meldung aus entschuldbaren Gründen verspätet erfolgt, wird die Auszahlung der Taggelder auf 180 Tage vor dem Tag der Meldung beschränkt.
4. Wurde das erste ärztliche Zeugnis mehr als 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit ausgestellt, behält sich der Versicherer im Zweifelsfall das Recht vor, den Tag, an dem dieses Zeugnis ausgestellt wurde, als ersten Tag der Unfähigkeit zu betrachten.
5. 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.
6. Die Taggelder werden im Rahmen der Schadenversicherung ausbezahlt. Die Entschädigung darf den effektiven Erwerbsausfall nicht übersteigen.
7. Der Versicherer entschädigt die Unfähigkeit, sofern der Lohn- oder Erwerbsausfall auf einer in der Schweiz ausgeübten Erwerbstätigkeit gründet.
8. Taggelder, die dem Versicherten vom Vorversicherer oder im Rahmen eines Kollektivvertrags vor Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags ausbezahlt worden sind, werden der maximalen Leistungsdauer dieses Vertrags gemäss der gewählten Variante der Versicherungsdeckung angerechnet.

Variante 1: Anrechnung der Leistungen für den laufenden Fall und seiner Rückfälle.

Variante 2: Anrechnung der Leistungen aller Unfähigkeiten in einer Periode von 900 Tagen.

9. Der Versicherte kann die Erschöpfung Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet. In diesem Fall werden die Leistungen gemäss der Beurteilung des Vertrauensarztes ausbezahlt.

Art. 13 Wartefrist

- a. Das geschuldete Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist für jeden Tag der Unfähigkeit ausgerichtet (inklusive Sonn- und Feiertage).
- b. 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 vom gleichen Versicherer gedeckt.
- c. Die Wartefrist gilt für jede Unfähigkeit. Bei einem Rückfall kommt nur die allfällig verbleibende Wartefrist zur Anwendung.
- d. Die Wartefrist wird der Leistungsdauer angerechnet.

Art. 14 Leistungen im Ausland

1. Unter Vorbehalt von Absatz 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 wollen, beziehungsweise Grenzgänger, welche die Umgebung ihres Wohnsitzes verlassen möchten, müssen den Versicherer vorgängig darüber informieren. Dieser behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen nach einer Analyse der Umstände für einem begrenzten Zeitraum weiterhin zu entrichten. Ohne Zustimmung des Versicherers werden keine Leistungen während des Aufenthalts gewährt.

Art. 15 Einschränkung des Leistungsanspruchs

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 3 Monaten seit 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 infolge von medizinischen Behandlungen
 - g. bei Unfähigkeiten bei Militärdienst im Ausland
 - h. bei Unfähigkeit infolge einer durch den Versicherten verursachten Gesundheitsschädigung wie Selbstmordversuch, Selbstmord oder Selbstverstümmelung
 - i. wenn der Versicherte das Prinzip der Schadenminderung nicht einhält

Die Leistungen werden gekürzt oder verweigert:

- j. wenn der Unfall durch das Verschulden des Versicherten verursacht wurde, bei aussergewöhnlichen Gefahren und bei Wagnissen im Sinn des UVG
- k. Die Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn der Versicherte die in Artikel 18 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Verpflichtungen nicht einhält.
- l. 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.

F. Prämien

Art. 16 Anpassung des Prämiensatzes

1. Der Prämiensatz kann auf jedes Kalenderjahr angepasst werden.
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 der neuen Prämie. Ist der Versicherte mit der Vertragsänderung nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Jahres kündigen.
4. Trifft vor Ende des Kalenderjahres kein eingeschriebenes Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gelten die Änderungen als angenommen.

Art. 17 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherte.
2. Werden die Prämien nicht fristgerecht entrichtet, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Gebühren innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt

Gebühren während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.

- Die während des Ruhens der Versicherung eintretenden Schadenfälle sind nicht gedeckt.
 - Bei laufenden Schadenfällen wird das Ruhen der Leistungspflicht am Datum, an dem die ausstehenden Prämien bezahlt worden sind, aufgehoben.
3. Fordert der Versicherer die rückständige Prämie samt Gebühren nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.
 4. Während des Ruhens der Versicherung werden die Tage der Unfähigkeit an die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

G. Verschiedene Bestimmungen

Art. 18 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.). Ausserdem muss der Versicherte dem Versicherer 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 vom ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u. a.) 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, zu verweigern oder die bereits erbrachten Leistungen sogar zurückzufordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen.
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. 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 muss sich im Rahmen des Zumutbaren

behandeln lassen oder sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen beteiligen, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Erwerbsmöglichkeit geschaffen werden kann.

8. Der Versicherte hat spätestens 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt 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.**

Art. 19 Leistungen Dritter

1. Der Versicherer erbringt seine Leistungen ergänzend zu den Erwerbsausfallleistungen, die durch andere Sozial- oder Privatversicherer 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. In diesem Fall entschädigt der Versicherer den Erwerbsausfall im Verhältnis zum Anteil des von ihm versicherten Taggeldes am Gesamtbetrag der versicherten Taggelder.
4. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Eintritts 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 vertraglich vereinbarte Leistungsanspruch entsprechend.
6. Der Versicherer schiesst 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 zu viel bezahlten Summe 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 wurden, als ganze Tage.

Art. 20 Überentschädigung

Die Leistungen des Versicherers oder ihr Zusammentreffen mit Leistungen anderer Versicherer dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Eine Überentschädigung bedeutet, dass der Teil des Taggeldes, der den tatsächlichen Lohn- oder Erwerbsausfall übersteigt, dem Versicherer rückerstattet werden muss.

Art. 21 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

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

Art. 22 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 23 Erfüllungsort

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

Art. 24 Gerichtsstand

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