

Allgemeine Bedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach VWG

PC-M

PCMAM01-A9 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

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

B. Umfang der Versicherung

- Art. 4** Versicherungsdeckung
Art. 5 Versicherte Personen
Art. 6 Deckungsdauer
Art. 7 Beitritt zur Kollektivversicherung
Art. 8 Beitritt mit Risikoprüfung
Art. 9 Beginn und Ende des Vertrags
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 der Versicherungsdeckung

D. Zusätzlich zum EOG entrichtetes Taggeld bei Niederkunft

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

E. Prämien

- Art. 17** Prämienzahlung
Art. 18 Anpassung des Prämientarifs
Art. 19 Prämienabrechnung
Art. 20 Überschussbeteiligung

F. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 21** Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 22 Pflichten des Versicherten
Art. 23 Leistungen Dritter
Art. 24 Überentschädigung/Überversicherung
Art. 25 Verrechnung
Art. 26 Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 27 Verjährung
Art. 28 Mitteilungen
Art. 29 Erfüllungsort und Gerichtsstand

A. Allgemeines

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der in der Police erwähnte Versicherer deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit, die aus einer Krankheit, einem Unfall oder einer Niederkunft hervorgeht, zusätzlich zu den Mutterschaftsleistungen des Erwerbsersatzgesetzes (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 allfälliger Nachträge
- 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

Art. 3 Begriffe

- Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die medizinisch feststellbar und nicht Folge eines Unfalls oder dessen Folgen ist und die ausserdem eine medizinische Untersuchung oder Behandlung 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.
- 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 Beein-

trächtigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit zurückzuführen sein. Bei einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit kann vom Versicherten auch eine Tätigkeit in einem anderen Beruf oder 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
 - a. Eine Arbeitsunfähigkeit, die medizinisch auf einen früheren Fall zurückzuführen ist, gilt als Rückfall.
 - b. 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 Versicherungsdeckung

1. Der Versicherer gewährleistet den Versicherungsschutz gegen das Risiko Krankheit, sofern nichts anderes vereinbart worden ist.
2. Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, sofern es in der Versicherungspolice ausdrücklich 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 Jahreshöchstgehaltes von Fr. 250'000.– pro Person. Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung.

Art. 5 Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen ist in der Versicherungspolice bestimmt. Als Versicherter gilt, wer im versicherten Unternehmen angestellt ist und das AHV-Alter nicht erreicht hat oder noch nicht vorzeitig pensioniert ist.
2. Zu den Versicherten gehören, soweit namentlich in der Versicherungspolice erwähnt:
 - a. der Arbeitgeber
 - b. die Familienangehörigen, soweit sie im Unternehmen arbeiten und ihr Gehalt nicht der AHV-Beitragspflicht unterstellt ist
3. Es können nicht der Taggeldversicherung beitreten: Versicherte, die ihren Anspruch auf Leistungen einer Taggeld- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung ausgeschöpft ha-

ben; Personen, die dem Versicherungsnehmer von einem Drittunternehmen ausgeliehen werden sowie Personen mit einem Zwischenverdienst.

4. Personen, die zurzeit des Inkrafttretens des Vertrags infolge einer Gesundheitsschädigung voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, werden erst versichert, wenn sie ihre volle Arbeitsfähigkeit während mindestens eines Monats wiedererlangt haben. Allfällige Vereinbarungen über Freizügigkeit bleiben vorbehalten.

Art. 6 Deckungsdauer

Die Dauer des Leistungsanspruchs wird in der Police festgelegt.

- a. BVG-Koordination:
Die Leistungen werden pro Fall bis zum Einsetzen des Anspruchs auf eine BVG-Rente ausgerichtet. Ab diesem Datum enden die Deckung und der Anspruch auf Leistungen. In allen Fällen werden die Vergütungen bis spätestens zur Ausschöpfung des Anspruchs auf die in diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen gewährt.
- 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 zur Kollektivversicherung

1. Sind bei Vertragsabschluss weniger als fünf Personen zu versichern, so erfolgt deren Aufnahme in die Versicherung mit einer Risikoprüfung. Das gilt auch für Personen, die nach Inkrafttreten des Kollektivvertrags beitreten.
2. Werden im Unternehmen bei Vertragsabschluss fünf oder mehr Personen beschäftigt, ist die Risikoprüfung nicht erforderlich.
3. Für in der Police namentlich genannten Personen ist die Risikoprüfung erforderlich.

Art. 8 Beitritt mit Risikoprüfung

1. Jede Person, die sich einer Risikoprüfung unterziehen muss, hat den medizinischen Fragebogen auszufüllen. Eine medizinische Untersuchung bleibt vorbehalten.
2. Die zu versichernde Person ermächtigt das ärztliche Personal, dem Versicherer, bzw. seinen Vertrauensärzten, die nötigen Informationen zur Prüfung eines Versicherungsantrags und zur Bearbeitung von Schadenfällen zu geben.
3. Je nach Gesundheitszustand der zu versichernden Person kann der Versicherer den Beitritt verweigern oder unter bestimmten Bedingungen annehmen.
4. Vorbehalte
 - a. Der Versicherer kann Vorbehalte für Personen anbringen, die zum Zeitpunkt der Risikoprüfung an Gesundheitsbeeinträchtigungen leiden.

- b. Frühere Gesundheitsbeeinträchtigungen, die der Versicherte zuvor erlitten hat und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, können ebenfalls Gegenstand eines Vorbehalts sein.
 - c. Die Vorbehalte gelten für die gesamte Vertragsdauer und werden dem Versicherten mitgeteilt.
5. Wenn der Versicherer den Beitritt nach Erhalt der Informationen verweigert oder nur zu bestimmten Bedingungen annimmt, muss er den Versicherungsnehmer davon in Kenntnis setzen.
 - c. bei einer freiwilligen Arbeitsunterbrechung ohne Anspruch auf Lohn
 - d. nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Arbeitsvertrags
 - e. bei der Ausschöpfung des Anspruchs auf Leistungen bei einem Versicherungsfall im Rahmen der BVG-Koordination
 - f. bei der Ausschöpfung des Anspruchs auf Leistungen im Rahmen einer erweiterten Versicherungsdeckung
 - g. am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Alter erreicht oder sich vorzeitig pensionieren lässt
 - h. wenn der Wohnsitz ins Ausland verlegt wird unter Vorbehalt von Artikel 13 der vorliegenden Bedingungen
 - i. am Ende der Arbeitsunfähigkeit des Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs
 - j. bei einer definitiven Einstellung der Tätigkeit
 - k. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Art. 17 der vorliegenden Bedingungen
 - l. wenn die Rahmenfrist oder das Anrecht auf Leistungen der Arbeitslosenkasse erlischt

Art. 9 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 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, so erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.
5. 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.
6. Der Vertrag kann für nichtig erklärt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzwidrige Gewinne erzielt hat, 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. Wenn ein Versicherter seine Stelle entgegen den Bestimmungen des Arbeitsvertrags nicht antritt oder die Arbeit unterbricht, wird die Versicherung von Beginn der Arbeitsunterbrechung bis zur Wiederaufnahme der Arbeit sistiert.
2. Die Versicherungsdeckung und der Anspruch auf Leistungen enden für jeden Versicherten:
 - a. wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt
 - b. mit dem Erlöschen oder 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, nach Art. 21 Absatz 1 geltend zu machen, andernfalls erlischt es.
3. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
4. Bei Abschluss einer Einzeltaggeldversicherung gemäss Art. 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 Einzelversicherung angerechnet.
6. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht (unter Vorbehalt von Art. 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 Art. 10 Absatz 2 Buchstabe k 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 innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung den Versicherer informieren. Trifft die Meldung nach Ablauf dieser Frist beim Versicherer ein, so gilt der Tag des Eingangs als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit.
Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens und nach Abzug der Wartefrist ab dem Tag des Eingangs.
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 den Bestimmungen von Art. 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 Übererschädigung 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.

Leistungsdauer:

18. Die Wartefristen werden auf die Höchstdauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
19. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit gelten als volle Tage.

Verzicht:

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

Art. 13 Leistungen im Ausland

1. Während eines Aufenthalts ausserhalb der Schweiz und Liechtenstein, bzw. ausserhalb der Grenzzone für den Grenzgänger, besteht keine Leistungspflicht.
2. Hingegen haben Personen, die im Ausland für einen schweizerischen Arbeitgeber tätig sind oder sich zu Ausbildungszwecken im Ausland aufhalten und von ihrem Arbeitgeber entlohnt werden, Anspruch auf Taggeld. Die Versicherungsdeckung ist ausserhalb der Europäischen Union auf 12 Monate beschränkt.
3. Der Versicherte, der im Ausland arbeitsunfähig wird, hat nur während eines Spitalaufenthalts Anspruch auf Taggeldleistungen.
4. 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 einem begrenzten Zeitraum zu entrichten.

Art. 14 Einschränkung der Versicherungsdeckung

1. Die Leistungen werden gekürzt, wenn der Versicherte sich den Anordnungen des Arztes entzieht.
2. Ist dem Versicherten zuzumuten, dass er seine restliche Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufszweig ausübt, entrichtet der Versicherer das Taggeld während einem im Sinn der Rechtsprechung angemessenen Zeitraum, sofern der Versicherte die notwendigen Schritte unternimmt, wie Arbeitssuche, Eintragung in die Arbeitslosenversicherung usw.
3. 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 oder 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, den Anordnungen des Versicherers Folge zu leisten, insbesondere sich von einem vom Versicherer bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen
- 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 wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten nach Beginn dieser Ereignisse eintritt

D. Zusätzlich zum EOG entrichtetes Taggeld bei Niederkunft (MC-MD-ME)

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. Prämien

Art. 17 Prämienzahlung

1. 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.
2. 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.
3. 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 die laufenden Fälle werden für die Zeit während der Sistierung keine Leistungen erbracht.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.
4. 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.

Art. 18 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, Spaltung, Übernahme oder bedeutende Änderungen in der Zusammensetzung des Versichertenkreises anzupassen.

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.

Art. 19 Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 21 der Bedingungen gelieferten Dokumente erstellt.

Art. 20 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. Alle Schadenfälle, die während der kollektiven Versicherungsdeckung eintreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet.
6. Die Prämien und Leistungen bezüglich des zusätzlichen Taggelds zum EOG bei Mutterschaft werden in der Berechnung der Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt.

F. Verschiedene Bestimmungen

Art. 21 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. 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 gehören oder wenn der Vertrag endet.
2. Der Versicherungsnehmer muss die Einhaltung des Datenschutzgesetzes für seine Arbeitnehmer gewährleisten, insbesondere was das Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens betrifft.
3. Der Versicherer lehnt jede Haftung bei Nichtbeachtung der vorgenannten Bedingungen durch den Versicherungsnehmer ab.
4. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer sofort zu benachrichtigen, wenn ein arbeitsunfähiger Versicherter aus dem Kollektivvertrag ausscheidet.
5. 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 Zeitabschnitt der Tätigkeit.
6. 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.
7. Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, kann der Versicherer selbst eine Schätzung vornehmen, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht. Artikel 17 der Bedingungen kann für die Zahlung der Zusatzprämie entsprechend angewandt werden.
8. 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 aufzuheben.
9. 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.

Art. 22 Pflichten des Versicherten

1. 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, mit der Möglichkeit dass der nicht kooperierende Leistungsberechtigte seinen Anspruch verliert.
2. Jede Änderung des Grads der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
3. Der Versicherte befreit das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich jederzeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und für Besuche des Schadeninspektors zur Verfügung zu stehen. Er hat deren Anweisungen zu befolgen, sämtliche Angaben zu machen und die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Wenn der Versicherte ohne triftigen Grund zur medizinischen Begutachtung nicht 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.
5. 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.
6. 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.
7. Um in den Genuss des zusätzlichen Taggelds zum EOG bei Mutterschaft zu kommen, muss die Versicherte, falls nötig, eine Abrechnung der zuständigen Ausgleichskasse erbringen.

Art. 23 Leistungen Dritter

1. Nachdem der Versicherer den Versicherten in einer schriftlichen Mitteilung dazu angehalten hat, sich bei der zuständigen Sozial- oder Privatversicherung anzumelden, 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.
2. 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.
3. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aus Sanktionsgründen, gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.

4. 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.
5. Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses bis zur Höhe der vertraglichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.
6. 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.
7. Der Versicherer schiesst die versicherten Leistungen vor, solange der Anspruch auf eine Rente aus einer Privat- oder Sozialversicherung nicht festgelegt ist, unter Vorbehalt der in der Police und in Ziffer 1 des vorliegenden Artikels vorgesehenen Leistungseinschränkungen. Sobald diese Rente zugesprochen ist, hat der Versicherer einen direkten Anspruch gegenüber der betroffenen Sozialinstitution oder einem anderen Dritten. Die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summe steht dem Versicherer zu.
8. Für die Berechnung der Leistungsdauer werden die Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter als ganze Tage gezählt.
9. Die Anzahl Tage, an denen durch frühere Versicherer Tagelder entrichtet wurden, werden im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens auf die Dauer des Leistungsanspruchs der Kollektivversicherung angerechnet.

Art. 24 Überentschädigung/ Überversicherung

1. Die Leistungen des Versicherers oder deren Zusammenreffen mit Leistungen anderer Versicherer dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Der über das in der Police versicherte Taggeld hinausgehende Anteil muss dem Versicherer zurückerstattet werden.
2. Überversicherung, das heisst die Versicherung eines Betrags, der das Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder aus Arbeitslosengeld übersteigt, ist nicht zugelassen. Im Fall einer Überversicherung wird das Taggeld gekürzt, bis es dem Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosengeld entspricht, das der Versicherte am Anfang des Monats erzielte, in dem die Überversicherung festgestellt wurde. Prämien, die vor der Feststellung der Überversicherung 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 erlittenen Lohnausfall sogar übersteigt, so behält sich der Versicherer das Recht vor, das zuviel entrichtete Taggeld zurückzuverlangen.

Art. 25 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. 26 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

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

Art. 27 Verjährung

Die aus dem Versicherungsvertrag entstehenden Forderungen verjähren zwei Jahre nach Eintritt des Ereignisses, welches die Leistungspflicht begründet.

Art. 28 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. 29 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.