

Allgemeine Bedingungen der Einzel-Taggeldversicherung nach VVG

PI

PIGA01-A4 – Ausgabe 01.08.2000

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1 Gegenstand der Versicherung
- Art. 2 Rechtsgrundlagen des Vertrags
- Art. 3 Aufnahmebedingungen
- Art. 4 Begriffe
- Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 6 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags
- Art. 7 Änderung der Erwerbsausfalldeckung

B. Leistungen und Prämien

- Art. 8 Versicherungsleistungen
- Art. 9 Kürzung, Verweigerung oder Aufhebung des Leistungsanspruchs

- Art. 10 Grobe Fahrlässigkeit
- Art. 11 Leistungen im Ausland
- Art. 12 Leistungen Dritter bei Erwerbsunfähigkeit
- Art. 13 Prämienzahlung – Aufhebung – Kündigung
- Art. 14 Prämienanpassung

C. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 15 Pflichten des Versicherten
- Art. 16 Verrechnung
- Art. 17 Abtretung und Verpfändung von Leistungen
- Art. 18 Schlussbestimmungen

A. Allgemeines

Art. 1 Gegenstand der Versicherung

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachfolgend Versicherer genannt, erbringt ihre Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen einer krankheits- und unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit, sofern diese Deckungen in der Police eingeschlossen sind.

Art. 2 Rechtsgrundlagen des Vertrags

Die Rechtsgrundlagen bestehen aus:

1. den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Zusätzlichen Bedingungen sowie den Bestimmungen der Police und der allfälligen Anhänge
2. den schriftlichen Angaben auf dem Antrag, den weiteren Angaben des Versicherten sowie des Gesundheitsfragebogens
3. dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 für alle Fragen, die durch die vorstehenden Grundlagen nicht geregelt werden

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Wer in der Schweiz Wohnsitz hat, dort eine Erwerbstätigkeit ausübt, das 15. Altersjahr erreicht und das 55. Altersjahr noch nicht beendet hat, kann die PI-Versicherung abschliessen.

Art. 4 Begriffe

1. Der Versicherte ist die natürliche Person, die den Vertrag mit dem Versicherer abschliesst, und in der Police erwähnt ist.
2. Als Krankheit gilt die medizinisch wahrnehmbare, vom Willen der versicherten Person unabhängige Störung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat. Schwangerschaftskomplikationen sind Krankheiten gleichgestellt.
3. Als Unfall gilt 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. Unfällen gleichgestellt sind auch Unfallfolgen, Rückfälle, unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne des UVG sowie Berufskrankheiten (UVV Art. 9 bis 12).
4. Erwerbsunfähigkeit
Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit oder eines Unfalls ganz oder teilweise nicht mehr fähig ist, ihren Beruf oder eine andere ihr zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.
5. Rückfall
Als Rückfall einer Krankheit oder eines Unfalls gilt das erneute Auftreten innerhalb von 180 Tagen unmittelbar nach dem letzten Tag der Erwerbsunfähigkeit, die auf dieselbe Krankheit zurückzuführen ist, und sofern eine neue, ärztlich bescheinigte Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

6. Risikoprüfung

Die Risikoprüfung erfolgt aufgrund des Gesundheitsfragebogens, der vom Versicherer abgegeben und vom Versicherten ausgefüllt wird. Eine ärztliche Untersuchung bleibt vorbehalten.

7. Grenzgebiet

Als Grenzgebiet gilt das Gebiet, das sich bis 30 Kilometer über die Schweizer Grenze hinaus erstreckt.

Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Risikodeckung für Erwerbsunfähigkeit wird gewährt, solange der Versicherte in der Schweiz Wohnsitz hat.

Art. 6 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags

1. In der Police aufgeführt sind der Vertragsbeginn wie auch das Ablaufdatum des Vertrags, das auf den 31. Dezember eines Kalenderjahrs festgelegt ist.
2. Sofern der Vertrag nicht bis spätestens 30. September des Kalenderjahrs per Einschreiben gekündigt wird, so verlängert er sich stillschweigend um ein weiteres Jahr.
3. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherte spätestens innert zehn Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherte vom Vertrag zurück, so erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen der Kündigungsanzeige beim Versicherer, dem der Anspruch auf die Prämie für das laufende Kalenderjahr gewahrt bleibt.
4. Versicherungsschutz und Leistungsanspruch enden:
 - a. mit dem Erlöschen oder Ruhen des Vertrags
 - b. mit der Erschöpfung des Leistungsanspruchs
 - c. am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Alter erreicht oder vorzeitig pensioniert wird
 - d. am Ende des Monats, in dem der Versicherte eine Erwerbstätigkeit aufgibt
 - e. bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, wobei das Grenzgebiet vorbehalten bleibt
5. Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahrs aufgehoben, so wird die bezahlte Prämie, die auf den nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahrs entfällt, zurückerstattet. Später fällig werdende Raten fordert der Versicherer nicht mehr ein.

Dies gilt nicht:

 - a. wenn der Versicherte den Vertrag im Schadenfall kündigt
 - b. wenn der Vertrag weniger als ein Jahr in Kraft war und auf Veranlassung des Versicherten aufgehoben wird
 - c. wenn der Versicherte Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer zum Zweck der Täuschung verletzt hat

Art. 7 Änderung der Erwerbsausfalldeckung

Der Versicherte kann die Reduktion der bestehenden PI-Deckung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat auf das Ende eines Monats beantragen.

B. Leistungen und Prämien

Art. 8 Versicherungsleistungen

1. Allgemeines

- a. Die Versicherung wird für die Risiken Krankheit oder Krankheit und Unfall abgeschlossen.
- b. Der Versicherer erbringt die Taggelder bis zur Höhe der in der Versicherungspolice vorgesehenen Deckung; diese kann einen Betrag von Fr. 600.– pro Tag nicht übersteigen.
- c. Bei Erwerbsunfähigkeit werden die Leistungen im Verhältnis zum Grad der Erwerbsunfähigkeit festgelegt; sie werden jedoch im vollen Umfang gewährt, wenn der Grad der Erwerbsunfähigkeit mindestens $66\frac{2}{3}\%$ beträgt; bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 25% besteht kein Anspruch auf Leistungen. Bei Änderung des Grads der Erwerbsunfähigkeit passt der Versicherer die Leistungen entsprechend an.
- d. Der Versicherte kann folgende Dauern der Bezugsberechtigung wählen:
 - maximal 365 Kalendertage innerhalb von 450 aufeinanderfolgenden Tagen mit Wartefristen von 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150 oder 180 Tagen
 - maximal 730 Kalendertage innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen mit Wartefristen von 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 oder 360 Tagen
 - maximal 1095 Kalendertage innerhalb von 1350 aufeinanderfolgenden Tagen mit Wartefristen von 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270, 360 oder 720 Tagen

2. Voraussetzungen

- a. Der Leistungsanspruch kann nur für Krankheiten und Unfälle, die während der Dauer der Versicherungsdeckung auftreten, geltend gemacht werden.
- b. Der Versicherte hat dem Versicherer eine vollständige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung und mittels eines von einem anerkannten Arzt ausgestellten Arzzeugnisses zu melden. Bei verspäteter Zustellung entsteht der Taggeldanspruch frühestens mit dem Eingang des Arzzeugnisses.
- c. Erfolgt der erste Arztbesuch später als drei Tage nach Beginn der Erwerbsunfähigkeit, so gilt der Tag der Konsultation als erster Tag der Erwerbsunfähigkeit.
- d. Nach jeder Niederkunft, die nach dem 6. Schwangerschaftsmonat erfolgt, ruht die Leistungspflicht während acht Wochen.

3. Auszahlung

- a. Das fällige Taggeld wird monatlich nach Ablauf der Frist für alle Tage der Erwerbsunfähigkeit (inkl. Sonn- und Feiertage) ausgerichtet.
- b. Die Entschädigung der Erwerbsunfähigkeit kann erst nach Erhalt eines ärztlichen Zwischen- oder Schlusszeugnisses (Wiederaufnahme der Arbeit) erfolgen. Bei Erhalt eines ärztlichen Zwischenzeugnisses wird der Versicherer den Versicherten bis zu dem Tag entschädigen, an dem das vom Praktiker bescheinigte Zeugnis ausgestellt worden ist, oder längstens bis Ende des laufenden Monats.

4. Wartefrist

- a. Die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit werden nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Tage teilweiser Erwerbsunfähigkeit zählen als volle Tage.
- b. Bei jedem neuen Schadenfall wird die vereinbarte Wartefrist angerechnet; davon ausgenommen sind Rückfälle gemäss Art. 4 Abs. 5.

5. Leistungsdauer

- a. Die Wartefrist wird auf die Höchstdauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
- b. Entschädigte Tage teilweiser Erwerbsunfähigkeit zählen als volle Tage.
- c. Die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit erlöschen am Ende des Monats, in dem der Versicherte das AHV-Alter erreicht oder vorzeitig pensioniert wird.
- d. Bei Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung werden die früher bezogenen Leistungen auf die Höchstdauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

6. Verzicht

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

Art. 9 Kürzung, Verweigerung oder Aufhebung des Leistungsanspruchs

1. Die Leistungen werden gekürzt, wenn sich der Versicherte den Anordnungen des Arztes widersetzt.
2. In den Fällen, in denen dem Versicherten zugemutet werden kann, dass er seine restliche Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufszweig verwertet, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Ausrichtung der Leistungen nach einer Frist von drei Monaten einzuschränken, sofern die neue Tätigkeit mindestens 60% des vorherigen Einkommens deckt. In diesem Fall, ergänzen die Taggelder das Einkommen der neuen Tätigkeit bis zur Höhe der in der Police vorgesehenen Deckung unter Vorbehalt der Überversicherung.
3. Die Leistungen werden verweigert:
 - a. für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die beim Beitritt zur Versicherung nicht angezeigt worden sind oder unter Vorbehalt stehen
 - b. bei einer mit Absicht unrichtig gemachten Krankheits- oder Unfallanzeige
 - c. wenn sich der Versicherte weigert, sich von einem vom Versicherer frei bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen
 - d. wenn die Arbeitsunfähigkeit auf einen kosmetischen Eingriff zurückzuführen ist
 - e. für Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender oder radioaktiver Strahlen
 - f. bei Erdbeben
 - g. bei ausländischem Militärdienst
 - h. bei Teilnahme an Wagnissen
 - i. bei Trunksucht, Drogenabhängigkeit, Selbsttötungsversuch, Selbstverstümmelung, bei Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten sowie bei vorsätzlicher Ausübung von Verbrechen oder Vergehen oder beim Versuch dazu
4. Werden die Rechtsgrundlagen des Vertrags verletzt, kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder verweigern und

in besonders schwerwiegenden Fällen die bereits erfolgten Vorleistungen zurückfordern.

Art. 10 Grobe Fahrlässigkeit

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bei grobfahrlässig herbeigeführten Ereignissen die Bestimmungen von VVG Art. 14 anzuwenden.

Art. 11 Leistungen im Ausland

1. Der Versicherte, der sich im Lauf der Krankheit ins Ausland begibt resp. das Grenzgebiet verlässt, verliert jeglichen Anspruch auf Leistungen der PI-Versicherung. Mit vorgängiger Einwilligung des Versicherers kann das Taggeld jedoch auf freiwilliger Basis während eines Aufenthalts von längstens drei Wochen pro Kalenderjahr ausgerichtet werden. Ein vorgängiges Gesuch mit einer Bewilligung des behandelnden Arztes muss dem Versicherer vor der Abreise ins Ausland eingereicht werden. Bei Verlängerung der vom Versicherer festgesetzten Aufenthaltsdauer behält sich dieser das Recht vor, die Taggeldleistungen zu verweigern oder nur einen Teil des Taggelds auszurichten.
2. Erkrankt der Versicherte im Ausland, so werden die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit nur für die Zeit eines Spitalaufenthalts erbracht.

Art. 12 Leistungen Dritter bei Erwerbsunfähigkeit

1. Richtet eine Sozial- oder Berufsversicherung, eine ausländische Versicherungseinrichtung oder ein haftpflichtiger Dritter Leistungen aus, so ergänzt der Versicherer diese nach Ablauf der Wartefrist bis Höhe des effektiven Lohnausfalls, jedoch höchstens im Umfang des versicherten Betrags.
2. Der Versicherer erbringt die versicherten Leistungen vorschussweise, solange der Anspruch auf eine Rente einer Sozial- oder Privatversicherung nicht definitiv feststeht. Nach Gewährung dieser Rente ergänzt der Versicherer die Leistungen im Umfang der in der Police vorgesehenen Leistungen; das Recht auf Rückforderung der zuviel ausgerichteten Leistungen bleibt dem Versicherer gewahrt.
3. Decken mehrere Privatversicherer den Erwerbsausfall solidarisch, darf der Gesamtbetrag der von ihnen ausgerichteten Leistungen den erlittenen Ausfall nicht übersteigen. Der Versicherer richtet seine Leistung im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen gedeckten Leistungen aus.
4. Kürzt ein anderer Sozial- oder Privatversicherer seine Leistungen infolge einer Sanktion, kommt der Versicherer für den sich daraus ergebenden Verlust nicht auf.
5. Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer zum Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der vertraglichen Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein.
6. Trifft der Versicherte mit einem leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in der er teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadensersatzleistungen verzichtet, so fällt der Anspruch auf die vertraglichen Leistungen dahin.

Art. 13 Prämienzahlung – Aufhebung – Kündigung

1. Der Versicherer setzt den nach Altersgruppen abgestuften Prämientarif für jedes Kalenderjahr fest.
2. Die Prämien sind pro Jahr zahlbar und auf den Ablauf der in der Police festgehaltenen Frist fällig. Kürzere Zahlungsfristen (pro Halbjahr, Quartal oder Monat) sind zu den vom Versicherer festgelegten Bedingungen möglich.
3. Zahlungsverzug
Kommt der Versicherte seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich und auf seine Kosten aufgefordert, innert 14 Tagen Zahlung zu leisten.
4. Verzugsfolgen
Bleibt die Mahnung ohne Erfolg oder werden die Prämien nicht vollumfänglich beglichen, so behält sich der Versicherer das Recht vor, den Vertrag aufzulösen.

Art. 14 Prämienanpassung

1. Der Versicherer kann den Prämientarif entsprechend der Kosten- und Schadenentwicklung anpassen.
2. Der Versicherer hat den Versicherten spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahrs über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren. In diesem Fall hat der Versicherte das Recht, den Vertrag auf das Ende des laufenden Versicherungsjahrs zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahrs bei der Post aufgegeben werden. Unterlässt der Versicherte die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrags in Bezug auf die Prämien.

C. Verschiedene Bestimmungen

Art. 15 Pflichten des Versicherten

1. Bei Erwerbsunfähigkeit hat der Versicherte dem Versicherer auf seine Kosten ein Zeugnis beizubringen, das über Unfalldatum resp. Krankheitsbeginn, Art des Leidens, voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit und seine Ansprüche Auskunft gibt. Dieses Formular wird vom Versicherer abgegeben und ist vom behandelnden Arzt auszufüllen.
2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Buchungsbelege zu verlangen, die den Erwerbsausfall zum Zeitpunkt der Erwerbsunfähigkeit nachweisen.
3. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherten durch einen von ihm bezeichneten Arzt untersuchen zu lassen und zusätzliche Auskünfte bei Dritten einzuholen.
4. Jede Änderung des Grads der Erwerbsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden; der Versicherer kann den Grad der Erwerbsunfähigkeit jederzeit prüfen, und der Versicherte ist angewiesen, sich den notwendigen ärztlichen Kontrollen zu unterziehen. Ist der Versicherte bei diesem Termin ohne stichhaltigen Grund abwesend, so behält sich der Versicherer das Recht vor, die Taggeldleistungen zu kürzen resp. zu verweigern oder die bereits ausbezahlten Vorleistungen zurückzufordern und dem Versicherten die Kosten für die Konsultation in Rechnung zu stellen.

5. Der Versicherte hat den Grad seiner Erwerbsunfähigkeit durch einen Arzt oder Chiropraktor bescheinigen zu lassen. Ohne Zustimmung des Versicherers darf er den Praktiker nicht wechseln.
6. Im Rahmen der ihm zugeteilten Aufgaben kann der Krankenbesucher aufgefordert werden, Kontrollen durchzuführen. Der Versicherte ist verpflichtet, sämtliche Angaben zu machen und die ihm gestellten Fragen zu beantworten.

Art. 16 Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherten verrechnen.

Art. 17 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Ohne Zustimmung des Versicherers darf der Versicherte seine Forderungen gegenüber dem Versicherer weder abtreten noch verpfänden.

Art. 18 Schlussbestimmungen

1. Wohnsitzänderung
Der Versicherte hat dem Versicherer jede Wohnsitzänderung zu melden. Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die zuletzt bekannte Adresse.
2. Sitz des Versicherers
Der Sitz des Versicherers ist in Martigny.
3. Anzeigen und Mitteilungen
Anzeigen und Mitteilungen an den Versicherer sind nur rechtsgültig, wenn sie schriftlich an den Sitz des Versicherers oder an eine seiner offiziellen Agenturen gerichtet werden.
4. Beanstandungen
Beanstandungen können am Sitz der Versicherung vorgebracht werden. Besteht Uneinigkeit über die abgegebene Antwort oder wurden alle gütlichen Rechtsmittel ausgeschöpft, so kann der Versicherte die Meinung des von der Versicherung unabhängigen Ombudsmanns der Privatversicherungen einholen. Die Zugangsbedingungen zu diesem Vermittler sind auf Anfrage beim Sitz des Versicherers erhältlich.
5. Gerichtsstand
Bei Streitigkeiten sind die Gerichte am Wohnsitz des Anspruchsberechtigten zuständig, es sei denn, dieser bezeichne den Sitz der Versicherung als Gerichtsstand. Wohnt der Kläger nicht mehr in der Schweiz, so sind die Gerichte am Sitz des Versicherers zuständig.
6. Die vorliegenden AVB sind eine Übersetzung. Massgebend für deren Auslegung ist nur die französische Fassung.

Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit (PIGA01)

Monatliche Tarife 2020

Prämie pro versicherten Franken

Männer

Ihr Alter im Jahr 2020

Wartefrist	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
10 Tage	0.43	0.58	0.81	1.10	1.46	1.88	2.37	2.94	3.57	4.26
14 Tage	0.36	0.49	0.68	0.93	1.23	1.59	2.00	2.48	3.00	3.58
21 Tage	0.33	0.44	0.62	0.84	1.10	1.43	1.80	2.23	2.71	3.23
30 Tage	0.28	0.38	0.53	0.72	0.95	1.23	1.55	1.92	2.33	2.78
60 Tage	0.20	0.27	0.38	0.52	0.69	0.89	1.12	1.39	1.68	2.01
90 Tage	0.13	0.18	0.25	0.34	0.46	0.59	0.74	0.92	1.12	1.33
120 Tage	0.11	0.15	0.21	0.29	0.38	0.49	0.62	0.77	0.94	1.12
150 Tage	0.10	0.14	0.19	0.26	0.34	0.44	0.55	0.69	0.83	0.99
180 Tage	0.09	0.12	0.16	0.22	0.29	0.38	0.48	0.59	0.72	0.86
270 Tage	0.07	0.09	0.13	0.17	0.23	0.29	0.37	0.46	0.56	0.66
360 Tage	0.06	0.08	0.11	0.15	0.19	0.25	0.32	0.39	0.48	0.57

Frauen

Ihr Alter im Jahr 2020

Wartefrist	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
10 Tage	0.51	1.01	1.36	1.61	1.79	1.96	2.16	2.42	2.80	3.36
14 Tage	0.43	0.85	1.15	1.35	1.51	1.65	1.82	2.04	2.36	2.82
21 Tage	0.38	0.77	1.03	1.22	1.36	1.49	1.64	1.83	2.13	2.54
30 Tage	0.33	0.66	0.89	1.05	1.17	1.28	1.41	1.58	1.83	2.19
60 Tage	0.24	0.48	0.64	0.76	0.85	0.92	1.02	1.14	1.32	1.58
90 Tage	0.16	0.32	0.43	0.50	0.56	0.61	0.68	0.76	0.88	1.05
120 Tage	0.13	0.27	0.36	0.42	0.47	0.51	0.57	0.64	0.74	0.88
150 Tage	0.12	0.24	0.32	0.38	0.42	0.46	0.50	0.56	0.65	0.78
180 Tage	0.10	0.20	0.28	0.33	0.36	0.40	0.44	0.49	0.57	0.68
270 Tage	0.08	0.16	0.21	0.25	0.28	0.31	0.34	0.38	0.44	0.52
360 Tage	0.07	0.13	0.18	0.21	0.24	0.26	0.29	0.32	0.37	0.45

Berechnungsbeispiel:

Ein Mann, der im Jahr 2020 45-jährig ist, möchte ein Taggeld von Fr. 150.– mit einer Wartefrist von 30 Tagen versichern.

Prämie pro versicherten Franken für die Altersklasse 41–45 Jahre mit einer Wartefrist von 30 Tagen: 1.23

Monatsprämie: $1.23 \times 150 = \text{Fr. } 184.50$