

ÖKK ERWERBSAUSFALL- VERSICHERUNG (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2021

ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (VVG)

ÖKK Versicherungen AG
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 1. 5. 2021

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen	4	8. Leistungen	7
1.1 Zweck	4	8.1 Leistungsvoraussetzungen	7
1.2 Versicherungsträger	4	8.2 Leistungsumfang	7
1.3 Vertragsgrundlagen	4	8.3 Leistungsbeginn	8
1.4 Versicherungspolice	4	8.4 Leistungsdauer	8
1.5 Versicherungsvertragsgesetz	4	8.5 Leistungsbeschränkungen	9
2. Versicherter Personenkreis	4	9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall	10
2.1 Versicherungsnehmer	4	9.1 Pflichten im Schadenfall	10
2.2 Versicherte Personen	4	9.2 Schadenminderung	10
3. Örtliche Geltung	4	9.3 Auskunftspflicht	10
3.1 Allgemeines	4	9.4 Verletzung der Mitwirkungspflichten	10
3.2 Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer	4	9.5 Quellensteuer	10
3.3 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung	4	10. Prämien und Zahlungen	10
4. Versicherungsmöglichkeiten	4	10.1 Prämienberechnung	10
4.1 Volldeckung	4	10.2 Massgebliche Lohnsumme	11
4.2 Deckung mit Gesundheitsdeklaration	4	10.3 Prämienzahlung	11
4.3 Skaladeckung	5	10.4 Prämienbefreiung im Schadenfall	11
5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages	5	10.5 Prämiengarantie	11
5.1 Vertragsbeginn	5	10.6 Prämienanpassung	11
5.2 Vertragsdauer	5	10.7 Überschussbeteiligung	12
5.3 Vertragsbeendigung	5	10.8 Leistungsausrichtung	12
6. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	5	11. Leistungskoordination	12
6.1 Beginn des Versicherungsschutzes	5	11.1 Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung	12
6.2 Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes	5	11.2 Vorleistungen und Regress	13
6.3 Übertritt in die Einzelversicherung	6	11.3 Überentschädigung	13
7. Versicherungsumfang	6	12. Datenschutz	13
7.1 Höhe des versicherten Taggeldes	6	12.1 Grundsatz	13
7.2 Bemessungsgrundlage	6	12.2 Bearbeitungszweck	13
7.3 Maximaldeckung	7	12.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung	13
		12.4 Aufbewahrung der Daten	13
		13. Mitteilungen	13
		14. Gerichtsstand	13

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

Sie finden die jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen unter www.oekk.ch/avb-uk oder in Ihrer ÖKK Agentur.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Zweck

Die ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (VVG) dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entstanden ist.

Die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Unfalls, Geburt (Geburtsgeld) und Vaterschaft (Vaterschaftsgeld) kann mit eingeschlossen werden.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

Das auf der Versicherungspolice aufgeführte Versicherungsunternehmen ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der ÖKK Versicherungen AG vorzunehmen.

1.3 Vertragsgrundlagen

Als Grundlagen des Vertrages gelten

- der Versicherungsantrag, inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen,
- die Versicherungspolice,
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB),
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Zusatzbedingungen (ZB),
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

1.4 Versicherungspolice

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen festgehalten.

BB oder Vereinbarungen, die von den AVB abweichen oder diese ergänzen, sind ebenfalls in der Versicherungspolice vermerkt.

1.5 Versicherungsvertragsgesetz

Soweit im Versicherungsvertrag sowie in den AVB keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des VVG.

2. Versicherter Personenkreis

2.1 Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist das in der Versicherungspolice mit seinen zugehörigen Unternehmensteilen beschriebene Unternehmen.

2.2 Versicherte Personen

2.2.1 Arbeitnehmer

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten natürlichen Personen oder Personengruppen, wenn

- a) zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis besteht,
- b) sie der AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären oder bei Eintritt ins AHV-Alter weiterhin im versicherten Betrieb beschäftigt werden und
- c) sie das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben, vorbehältlich Artikel 2.2.4 lit. c).

Grenzgänger sind den in der Schweiz wohnhaften Personen gleichgestellt.

2.2.2 Versicherung aufgrund besonderer Vereinbarung

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind

- a) Aushilfen, wenn ihr Arbeitsvertrag auf drei Monate oder weniger befristet ist,

- b) Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die nicht gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichert sind,
- c) Heimarbeiter.

2.2.3 Unternehmensinhaber und deren Familienmitglieder

Sofern in der Versicherungspolice namentlich und mit fester Lohnsumme aufgeführt, sind mitversichert

- a) der Unternehmensinhaber,
- b) dessen im Unternehmen mitarbeitende, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführte Ehegatten, Kinder oder Eltern.

2.2.4 Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind

- a) das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal,
- b) Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind,
- c) Personen, die bei Eintritt in das Unternehmen das ordentliche AHV-Rentenalter erreicht haben.

3. Örtliche Geltung

3.1 Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit mit nachfolgend aufgeführten Ausnahmen.

3.2 Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer

Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmer gilt die Versicherung vom Zeitpunkt der Entsendung an 24 Monate. Auf Gesuch hin kann die Versicherungsdeckung verlängert werden, sofern für diese Personen gleichzeitig eine Deckung gemäss UVG besteht.

3.3 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

Begeht sich ein erkrankter Versicherter, der Anspruch auf Leistungen hat, ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen, sofern der Versicherer nicht vorher zugestimmt hat.

4. Versicherungsmöglichkeiten

4.1 Volldeckung

4.1.1 Grundsatz

Die Volldeckung ist BVG-koordiniert und bezweckt eine vorbehaltlose Versicherung des Erwerbsausfalls bis zum Einsetzen der BVG-Rente.

4.1.2 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei Volldeckung werden Leistungen auch für Krankheiten und Folgen von Unfällen erbracht, die bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

4.2 Deckung mit Gesundheitsdeklaration

4.2.1 Grundsatz

Die Deckung mit Gesundheitsdeklaration bezweckt eine Versicherung des Erwerbsausfalls infolge Krankheit und Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.

4.2.2 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben, wird die versicherte Leistung für die Leistungsdauer gemäss Skaladeckung erbracht. Für Unternehmensinhaber und

deren Familienmitglieder besteht kein Anspruch auf die Leistungen gemäss Skaladeckung.

Die Deckungseinschränkung wird dem Versicherten vom Versicherer schriftlich mitgeteilt. Sie ist von Beginn des Versicherungsschutzes an wirksam.

4.2.3 Gesundheitsdeklaration

Zur Prüfung vorbestandener Krankheiten und Folgen von Unfällen erfolgt bei Eintritt in das Unternehmen eine Gesundheitsprüfung anhand einer Deklaration des Versicherten auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular.

4.2.4 Auskunftspflicht

Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer alle Krankheiten und Folgen von Unfällen zu deklarieren, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehen oder bestanden haben.

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Er kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

4.2.5 Pflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass der Versicherer alle notwendigen Angaben über den Versicherten erhält. Er ist verpflichtet, den Versicherten bei Eintritt in die Versicherung über die mögliche Leistungseinschränkung für vorbestandene Krankheiten und Folgen von Unfällen zu informieren.

4.3 Skaladeckung

4.3.1 Grundsatz

Die Skaladeckung bezweckt eine vorbehaltlose, auf die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Obligationenrecht (OR) abgestimmte Taggeldleistung.

4.3.2 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei der Skaladeckung werden Leistungen auch für Krankheiten und Folgen von Unfällen erbracht, die bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

5.1 Vertragsbeginn

Versicherungsbeginn ist das auf der Versicherungspolice vereinbarte Datum.

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres möglich.

5.2 Vertragsdauer

5.2.1 Im Allgemeinen

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr.

5.2.2 Vertragsverlängerung

Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

5.3 Vertragsbeendigung

5.3.1 Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich

gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich.

Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie schriftlich und termingerecht, d. h. spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist eintrifft.

Bei Kündigung des Versicherungsvertrages kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein neues Versicherungsangebot mit neuer Laufzeit unterbreiten.

Wird der Versicherungsvertrag nicht gekündigt, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr.

5.3.2 Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

- wenn der Versicherungsnehmer seine Geschäftstätigkeit aufgibt,
- wenn der Geschäftssitz ins Ausland verlegt wird.

5.3.3 Auflösung durch den Versicherer

Der Versicherer ist an den Versicherungsvertrag nicht gebunden und kann ihn auflösen

- bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug,
- wenn der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder
- wenn der Versicherungsnehmer im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden.

5.3.4 Kündigungsverzicht im Schadenfall

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, im Schadenfall den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

6. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

6.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt.

Teilinvalid oder behinderte Arbeitnehmer, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt, für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

6.2 Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes

6.2.1 Ende des Versicherungsschutzes

Für den Versicherten endet der Versicherungsschutz

- mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs gemäss der vereinbarten Leistungsdauer in der Versicherungspolice, ohne Verwertung einer Resterwerbsfähigkeit,
- im Todesfall,
- mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

6.2.2 Ruhen der Leistungspflicht bei einem Arbeitsunterbruch
Bei einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Während dieser Zeit ruht jedoch die Leistungspflicht. Dies ist nicht der Fall bei Arbeitsunterbrüchen durch Krankheit und Unfall sowie bei Dienstleistungen in der Schweizer Armee, im Zivildienst oder Zivilschutz.

Wenn nicht anders vereinbart, beginnt die Leistung frühestens am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit während des unbezahlten Urlaubs werden an die Wartefrist und Leistungsdauer angerechnet.

6.3 Übertritt in die Einzelversicherung

6.3.1 Übertrittsrecht

Jede in der Schweiz wohnhafte Person kann ohne Prüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelversicherung übertreten

- mit Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung,
- mit Ende des Leistungsbezuges oder
- mit Ende des Versicherungsvertrages.

Grenzgänger können in die Einzelversicherung übertreten, wenn sie unmittelbar nach Ausscheiden aus der Kollektivtaggeldversicherung in der Schweiz weiter arbeiten und in keine andere Kollektivtaggeldversicherung übertreten können, oder als arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) gelten und Taggelder aus der Arbeitslosenversicherung beanspruchen können. Liegt das neue Einkommen tiefer als der bisher versicherte Lohn, beschränkt sich das Übertrittsrecht auf das neue Einkommen.

Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen seit der Mitteilung des Arbeitgebers über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen.

Bei fehlender Mitteilung des Arbeitgebers ist das Übertrittsrecht vom Versicherten innert 180 Tagen nach Ausscheiden aus der Kollektivversicherung schriftlich geltend zu machen.

Erhält der Versicherte eine Nachleistung (Artikel 8.2.4), beginnt die Frist bei Vorliegen einer ärztlich attestierten Arbeitsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % oder spätestens nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch den Versicherer. Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis, nach dem Ende des Leistungsbezuges resp. nach Ende des Versicherungsvertrages.

Gültig sind die im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung, einschliesslich der Bestimmungen über das maximal versicherte Taggeld.

Die Bestimmungen zur Nachleistung bleiben vorbehalten.

6.3.2 Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den ausscheidenden Versicherten über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung rechtzeitig schriftlich zu informieren.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Informationspflicht nicht nach, ist er zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

6.3.3 Umfang der Weiterversicherung

Die Weiterversicherung erfolgt grundsätzlich im Umfang der bisherigen Versicherungsdeckung, höchstens jedoch in Höhe des neuen Erwerbseinkommens.

Es wird ein Einkommen von maximal CHF 250'000 pro Jahr versichert.

Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

Arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln.

Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

6.3.4 Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen

- aus dieser Kollektivversicherung
- bei früheren Versicherern

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

6.3.5 Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Erwerbsausfallversicherung,
- b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Versicherungsvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
- c) so lange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden. Der Ausschluss ist auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit beschränkt,
- d) wenn der Versicherte pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Alters,
- e) wenn der Versicherte seinen Wohnsitz im Ausland hat,
- f) während der Dauer einer provisorischen Deckungszusage,
- g) wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind und keine Rest-erwerbsfähigkeit mehr besteht.

7. Versicherungsumfang

7.1 Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer vereinbart.

7.2 Bemessungsgrundlage

7.2.1 Grundsatz

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des durchschnittlichen und versicherten Verdienstauffalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung.

7.2.2 Arbeitnehmer

Bemessungsgrundlage für Arbeitnehmer ist das durch den Versicherungsfall entgangene Erwerbseinkommen. Als entgangenes Erwerbseinkommen gilt der letzte vor dem Versicherungsfall beim Versicherungsnehmer bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Steuerliche oder AHV-Freibeträge für Personen im AHV-Alter beeinflussen die Höhe der Bemessungsgrundlage nicht.

Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder generelle Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn ein Rechtsanspruch besteht oder wenn diese nachweislich vor Eintritt des Leistungsfalles vereinbart worden sind.

Familienzulagen, die als Kinder- oder Ausbildungszulagen nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) und der Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) durch die Familienausgleichskassen an die Arbeit-

nehmer ausgerichtet werden, gelten als entgangenes Erwerbseinkommen und sind mitversichert.

Für nicht AHV-pflichtige Arbeitnehmer gilt an Stelle des AHV-pflichtigen Lohnes der vereinbarte Bruttolohn nach AHV-Normen.

Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

7.2.3 Unregelmässiges Einkommen

Bei in der Höhe stark schwankendem Einkommen wird der durchschnittliche Lohn der letzten 12 vollen abgerechneten Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Besteht die Beschäftigung weniger als 12 Monate, wird der durchschnittliche Lohn seit Beschäftigungsbeginn zugrunde gelegt.

7.2.4 Personen mit fester Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für die in der Versicherungspolice namentlich aufgeführten Personen ist die im Voraus vereinbarte feste Lohnsumme.

Im Versicherungsfall ist kein Einkommensnachweis erforderlich.

7.2.5 Geschäftsführer

Geschäftsführer, welche auf Grund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmer gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern.

7.2.6 Erhöhung der Versicherungsdeckung

Beim Antrag zur Erhöhung einer vereinbarten festen Lohnsumme ist eine Gesundheitsdeklaration erforderlich.

Eine allfällige Leistungseinschränkung resp. eine Ablehnung des Antrags erfolgt nur auf der Versicherungserhöhung.

7.3 Maximaldeckung

Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist auf CHF 250'000 begrenzt.

8. Leistungen

8.1 Leistungsvoraussetzungen

8.1.1 Grundsatz

Leistungsvoraussetzung ist eine medizinisch begründete objektivierbare Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (bzw. Unfall oder Geburt, soweit das fragliche Risiko eingeschlossen ist).

Der Versicherer ist berechtigt einen Leistungsanspruch abzulehnen, sofern die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit überwiegend auf nicht medizinische Faktoren zurückzuführen ist oder die genannte Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit begründet.

8.1.2 Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

8.1.3 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Den Unfällen gleichgestellt sind die unfallähnlichen Körperschädigungen und Berufskrankheiten, die gemäss UVG als solche anerkannt sind.

8.1.4 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 90 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

8.1.5 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

8.1.6 Ärztliches Zeugnis

Die Arbeitsunfähigkeit muss durch eine ärztliche Bescheinigung belegt werden. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer anerkannten Arzt oder Chiropraktor ausgestellt sein.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tage möglich.

8.2 Leistungsumfang

8.2.1 Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Die insgesamt erbrachten Taggeldleistungen dürfen den dem Versicherten durch den Versicherungsfall entgangenen Verdienst resp. die vereinbarte feste Lohnsumme nicht übersteigen.

8.2.2 Erfüllung Gesamtarbeitsvertrag (GAV)

Unterstehen die Arbeitnehmer einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) mit anderslautenden Bedingungen, gelten diese nur, sofern und soweit mit dem Versicherungsnehmer ausdrücklich eine GAV-konforme Deckung für den versicherten Personenkreis im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

8.2.3 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

8.2.4 Nachleistung

Für Versicherte, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, besteht der Leistungsanspruch bis zum Ende des die Nachleistung begründenden Krankheitsfalles, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Rückfälle begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Diese Nachleistung entfällt

- bei Anspruch auf Freizügigkeit eines anderen Versicherers im Falle einer Vertragsübernahme,
- bei Stellenwechsel und Übertritt in die Erwerbsausfallversicherung des neuen Arbeitgebers,
- wenn der Versicherte pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Alters,

- wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Für Grenzländer ist das Wohnsitzland der Schweiz gleichgestellt,
- wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist,
- wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis von drei Monaten oder weniger gehandelt hat. Bei einem befristeten Arbeitsverhältnis von mehr als drei Monaten dauert der Leistungsanspruch nur so lange, wie das Arbeitsverhältnis angedauert hätte.

Entfällt die Nachleistung, gelten die Bestimmungen über den Übertritt in die Einzelversicherung.

Die in der Police namentlich aufgeführten Personen mit einer festen Lohnsumme sind von den Bestimmungen der Nachleistung ausgenommen. Für diese Personen besteht der Leistungsanspruch bis zum Ende des Krankheitsfalles, welcher jenen begründet, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Für den Leistungsanspruch besteht keine Prämienbefreiung gemäss Artikel 10.4.

8.2.5 Unfall

Ist das Unfallrisiko mitversichert, bemessen sich die Leistungen nach dem vereinbarten Versicherungsumfang in der Versicherungspolice.

Erfolgt der Unfälleinschluss in Ergänzung zur Versicherung gemäss UVG, so werden Taggeldleistungen nur erbracht, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist.

8.2.6 Familienzulagen

Es besteht ein Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen, welche nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) und der Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) durch die Familienausgleichskassen an die Arbeitnehmer ausgerichtet werden.

Bei Wegfall der Kinder- und Ausbildungszulagen durch die Familienausgleichskasse infolge Arbeitsverhinderung durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft werden diese in Höhe des versicherten Taggeldes bei der Taggeldleistung berücksichtigt, sofern es sich um ein versichertes Ereignis handelt.

Der Anspruch muss vom Versicherungsnehmer resp. Versicherten unter Nachweis, dass die gesetzlichen Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskasse wegfallen, beim Versicherer schriftlich beantragt werden.

8.2.7 Ruhen der Leistungspflicht bei Mutterschaft

Während acht Wochen nach Niederkunft oder bei Anspruch auf Mutterschaftsleistungen nach Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) oder auf Geburtengeld aus dieser Versicherung ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

Die Tage der Arbeitsunfähigkeit während dieser Zeit werden an die Wartezeit und Leistungsdauer angerechnet.

8.2.8 Geburtengeld

Das Geburtengeld muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch mitversichert.

Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sowie Selbständigerwerbende und Betriebsinhaberinnen sind nicht versichert.

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbssersatzordnung (EOG) und ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach EOG.

Während des Bezugs der Mutterschaftsentschädigung, längstens jedoch für 98 Tage, wird die Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld geleistet. Für 14 zusätzliche Tage wird Geburtengeld in Höhe des versicherten Taggeldes ausgerichtet.

Geburtengeld wird nicht ausgerichtet, wenn das Beschäftigungsverhältnis der Versicherten beim Versicherungsnehmer vor der Niederkunft endet.

Für Schwangerschaften, welche zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns bereits eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf das ergänzende Geburtengeld zur Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbssatzgesetz (EOG), ausser im Rahmen einer Freizüigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

Ein erweiterter Leistungsumfang kann vom Versicherungsnehmer zur Prüfung beantragt werden. Voraussetzung dafür ist eine Regelung für den Mutterschaftsurlaub im Personalreglement des Versicherungsnehmers.

8.2.9 Vaterschaftsgeld

Das Vaterschaftsgeld muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch versichert.

Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sowie Selbständigerwerbende und Betriebsinhaber sind nicht versichert.

Der Anspruch auf Vaterschaftsgeld entsteht mit dem Anspruch auf die Vaterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbssersatzordnung (EOG) und ergänzt die Vaterschaftsentschädigung nach EOG.

Während des Bezugs der Vaterschaftsentschädigung, längstens jedoch für 14 Tage wird die Differenz zwischen der Vaterschaftsentschädigung und dem versicherten Vaterschaftstaggeld geleistet. Das Vaterschaftsgeld wird nicht ausgerichtet, wenn das Beschäftigungsverhältnis des Versicherten beim Versicherungsnehmer vor dem Vaterschaftsurlaub endet. Für Vaterschaftsurlaube, welche bereits zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf ergänzendes Vaterschaftsgeld zur Vaterschaftsentschädigung nach EOG, ausser im Rahmen einer Freizüigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

Ein erweiterter Leistungsumfang kann vom Versicherungsnehmer zur Prüfung beantragt werden. Voraussetzung dafür ist eine Regelung für den Vaterschaftsurlaub im Personalreglement des Versicherungsnehmers.

8.3 Leistungsbeginn

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit.

Die Wartezeit beginnt an dem Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Ohne gegenteilige Vereinbarung werden die Wartezeiten für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu bestimmt.

8.4 Leistungsdauer

8.4.1 Grundsatz

Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice aufgeführt und bemisst sich – mit Ausnahme der Skaladeckung – je Versicherungsfall. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

Der Versicherte kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Tagelder verzichtet.

Tritt nach Erschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer ein neuer Versicherungsfall ein, besteht für diesen Fall Versicherungsschutz, wenn der Versicherte seine Resterwerbsfähigkeit ganz oder teilweise verwertet hat.

Ist eine feste Lohnsumme vereinbart, wird diese im Verhältnis zur Resterwerbsfähigkeit angepasst.

8.4.2 Anrechnung der Wartezeit

Die vereinbarte Wartezeit wird an die Leistungsdauer angerechnet. Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

8.4.3 Neuer Versicherungsfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn der Versicherte seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während 365 Tagen ununterbrochen arbeitsfähig war.

Bei einem Rückfall innerhalb von 365 Tagen werden die absolvierte Wartezeit und erbrachte Leistungen angerechnet.

8.4.4 Zweiter Versicherungsfall

Tritt während eines Versicherungsfalles ein neuer Versicherungsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falls an die Leistungsdauer des zweiten Falls angerechnet.

8.4.5 Skaladeckung

Bei der Skaladeckung richtet sich die Leistungsdauer entsprechend der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses im versicherten Unternehmen. Dabei wird folgende Skala zugrunde gelegt:

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Leistungsdauer
3 bis 12 Monate	3 Wochen
bis 3 Jahre	9 Wochen
bis 9 Jahre	13 Wochen
bis 15 Jahre	17 Wochen
bis 20 Jahre	22 Wochen
bis 25 Jahre	27 Wochen
bis 30 Jahre	31 Wochen
über 30 Jahre	36 Wochen

Kehren Kurzaufenthalter jedes Jahr in das versicherte Unternehmen zurück, wird die Anstellungsdauer auf Grund der in der Unternehmung gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate angerechnet.

8.4.6 Familienzulagen

Die Familienzulagen nach den Bestimmungen des FamZG und FLG sind bei Wegfall der Auszahlungspflicht der kantonalen Familienausgleichskasse während der gesamten Leistungsdauer mitversichert.

8.4.7 Leistungsdauer bei Geburt

Die Leistungsdauer bei Geburt beträgt maximal 112 Tage.

Das Geburtengeld in Höhe der Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld endet, wenn die Beschäftigung wieder aufgenommen wird.

Das Geburtengeld für die zusätzlichen 14 Tage wird in der versicherten Höhe ausgerichtet, sofern am Tag der Niederkunft ein Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung nach dem EOG besteht.

Das Geburtengeld wird ohne Anrechnung einer Wartezeit ausgerichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

8.4.8 Leistungsdauer bei Vaterschaft

Die Leistungsdauer bei Vaterschaft beträgt 14 Tage.

Das Vaterschaftsgeld in Höhe der Differenz der Vaterschaftsentschädigung und dem versicherten Vaterschaftsgeld endet, wenn die Beschäftigung wieder aufgenommen wird.

Das Vaterschaftsgeld wird ohne Anrechnung einer Wartezeit ausgerichtet.

Das Vaterschaftsgeld wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

8.4.9 Versicherung des Lohnnachgenusses

Stirbt ein Arbeitnehmer infolge einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalls, so wird die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Artikel 338, Abs. 2 OR abgegolten.

Die Versicherungsleistung wird ohne Anrechnung einer Wartezeit ausgerichtet.

8.4.10 AHV-Alter

Ein Versicherter im AHV-Alter hat Anspruch auf maximal 180 Taggelder pro Versicherungsfall.

Bei einem laufenden Versicherungsfall wird das Taggeld ab Eintritt ins AHV-Alter noch für maximal 180 Tage erbracht, höchstens jedoch bis zur vereinbarten Leistungsdauer, sofern der Versicherte oder der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass das Arbeitsverhältnis bei Bestehen der Arbeitsfähigkeit angedauert hätte.

Dies gilt auch für den Unternehmensinhaber und seine im Unternehmen mitarbeitenden, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführten Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern) sowie für die in der Versicherungspolice namentlich aufgeführten Personen.

8.4.11 Anrechnung bei Vertragsübernahme

Bereits bezogene Leistungen bei früheren Versicherern werden im Fall einer Vertragsübernahme resp. bei einer Vertragserneuerung an die Leistungsdauer angerechnet.

8.5 Leistungsbeschränkungen

8.5.1 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- bei Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten, es sei denn, der Versicherte ist als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen verletzt worden,
- wenn die Gesundheitsschädigung infolge Einwirkung nicht ärztlich verordneter ionisierender Strahlen eintritt,
- wenn der Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz oder sein Wohnsitzland vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in sein Wohnsitzland,
- wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde (auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen) und es sich nicht um einen UVG-anerkannten Leistungsanspruch handelt,
- wenn es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug kommt,
- bei Arbeitsunfähigkeiten infolge Operationen, welche nicht medizinisch indiziert sind (z. B. Schönheitsoperationen).

8.5.2 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf

ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu,

- b) wenn sich der Versicherte Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- c) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

Minimale Leistungen (Leistungsdauer gemäss Skaladeckung) werden ausgerichtet

- d) während eines nicht beruflich veranlassten Auslandsaufenthaltes. Für die Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland werden die vollen versicherten Leistungen ausgerichtet. Nach Rückkehr in die Schweiz entfällt diese Einschränkung,
- e) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,
- f) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen.

8.5.3 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das Recht, die Versicherungsleistungen nach VVG zu kürzen, wenn der Versicherte die Krankheit oder den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt hat.

8.5.4 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen vom Versicherungsnehmer dem Versicherer rückerstattet werden.

9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

9.1 Pflichten im Schadenfall

Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens fünf Tage nach Ablauf der Wartefrist schriftlich mittels Krankheitsanzeige zu melden.

Bei vereinbarten Wartefristen von mehr als 29 Tagen ist die Arbeitsunfähigkeit spätestens 30 Tage ab Beginn schriftlich mittels Krankheitsanzeige zu melden. Das ärztliche Zeugnis ist zusammen mit der Krankheitsanzeige zuzustellen.

Trifft die Krankheitsanzeige später ein, so beginnt die Wartefrist erst ab Eingang der Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Die Leistungsdauer beginnt jedoch mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu laufen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies unverzüglich zu melden.

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, haben der Versicherte und der Versicherungsnehmer dem Versicherer sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen.

9.2 Schadenminderung

Der Versicherte hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert. Er hat alles zu unterlassen, was diese verzögert. Insbesondere hat er den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen zu überprüfen und geeignete Kontrollmassnahmen zu ergreifen.

Der Versicherte hat den Nachweis des Erwerbsausfalls zu erbringen. Kann er den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Der Versicherte, der in seinem angestammten Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, seine allfällige verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten.

Auf Verlangen des Versicherers oder des Versicherungsnehmers hat der Versicherte

- a) sich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen IV-Stelle anzumelden. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen, wenn der Versicherte der Aufforderung der Anmeldung nicht Folge leistet. Der Anspruch lebt nach erfolgter Anmeldung wieder auf. Die Dauer des Unterbruchs wird auf die gesamte Leistungsdauer angerechnet,
- b) bereits am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit einen Arzt zu konsultieren,
- c) sich durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten dafür trägt der Versicherer.

9.3 Auskunftspflicht

Der Versicherte resp. der Versicherungsnehmer stellt bei Unfall dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie über am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Der Versicherte entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls bei anderen Versicherern Auskünfte einholen.

Der Versicherte und der Versicherungsnehmer erteilen dem Versicherer unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind dem Versicherer Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte, die nicht auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätomanisch oder Englisch verfasst sind und denen keine beglaubigte Übersetzung in eine dieser Sprachen beiliegt, werden auf Kosten des Versicherten übersetzt, sofern der Versicherer dies verlangt.

9.4 Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen können gekürzt oder verweigert werden, wenn der Versicherte oder der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB verletzt.

Bleibt der Versicherte einer durch den Versicherer angeordneten medizinischen Untersuchung unentschuldig fern, behält sich der Versicherer das Recht vor, das Honorar für die nicht eingehaltene Konsultation dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

9.5 Quellensteuer

Werden Taggelderleistungen an den Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an den Versicherten ausgerichtet, haftet der Versicherungsnehmer für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer.

10. Prämien und Zahlungen

10.1 Prämienberechnung

10.1.1 Grundsatz

Der Versicherer berechnet die Prämien anhand versicherungsmathematisch anerkannter Methoden. Solche Tarifierungen umfassen statistische Grundlagen und versicherungsmathematische Prämienberechnungsmodelle.

Bei der Tarifierung wird die Risikoprämie für eine Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes berechnet.

10.1.2 Risikoprämie Risikogemeinschaft

Die Risikoprämie einer Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) wird jährlich neu berechnet.

10.1.3 Individuelle Prämie Einzelvertrag

Dem Versicherungsnehmer wird anhand seines individuellen Versicherungs-

risikos entweder die Risikoprämie der Risikogemeinschaft oder eine reduzierte/erhöhte Risikoprämie durch einen Abschlag/Zuschlag in Prozent der Risikoprämie zugeteilt. Daraus ergibt sich die individuelle Risikoprämie des Einzelvertrages.

Das individuelle Versicherungsrisiko ist abhängig von der Vertragsgrösse, der individuellen Schadenerfahrung/-frequenz und der Zusammensetzung des Versichertenbestandes (z. B. Altersstruktur und Geschlecht).

10.1.4 Lebensalter

Für namentlich erwähnte Personen (z. B. Unternehmensinhaber und deren Familienmitglieder) wird bei Eintritt in die Versicherung die Prämie ab dem 40. Altersjahr einmalig um einen Alterszuschlag erhöht.

10.2 Massgebliche Lohnsumme

Für die Prämienberechnung massgebend ist die im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme der Versicherten. Pro Person und Jahr kann höchstens die vereinbarte Maximaldeckung berücksichtigt werden.

Bruttolöhne nicht AHV-pflichtiger Personen sind ebenfalls für die Prämienberechnung massgebend, sofern diese dem versicherten Personenkreis angehören.

Sofern für in der Versicherungspolice namentlich aufgeführte Personen im Voraus eine feste Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese als Berechnungsgrundlage.

10.3 Prämienzahlung

10.3.1 Rechnungsstellung und Fälligkeit

Der Versicherer erstellt gemäss Vereinbarung in der Versicherungspolice vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich eine Akonto-Rechnung an den Versicherungsnehmer.

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und im Zeitpunkt der in der Versicherungspolice festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen.

Die Höhe des Akonto-Rechnungsbetrages bemisst sich nach der definitiven Lohnsumme des letzten abgeschlossenen Kalenderjahres.

10.3.2 Schlussabrechnung

Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer nach Ablauf des Kalenderjahres ein Deklarationsformular zu. Der Versicherungsnehmer hat die Lohnsummendeklaration mit den notwendigen Unterlagen (AHV-Deklaration, Versichertenlisten, Lohnabrechnungen etc.) innert Monatsfrist dem Versicherer zu retournieren. Gestützt auf diese Angaben berechnet der Versicherer die endgültigen Prämienbeträge und erstellt eine entsprechende Schlussabrechnung. Bei Saldi unter CHF 20 wird auf eine Nachzahlung oder Rückerstattung verzichtet. Der Betrag wird auf die nächste Abrechnung vorgetragen.

Kommt der Versicherungsnehmer der Meldepflicht über die Lohnsummendeklaration nicht nach, oder liegen keine Zahlen zum Vorjahr vor, kann der Versicherer die Prämienbeträge durch Einschätzung festlegen.

10.3.3 Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

Der Versicherer hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

10.3.4 Prämienrückerstattung

Ist die Prämie für eine bestimmte Vertragsdauer vorausbezahlt worden und erlischt der Versicherungsvertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, erstattet der Versicherer die Prämie, die auf die nicht abgelaufene Vertragsdauer fällt, zurück resp. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein.

Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag im Schadenfall kündigt und der Versicherungsvertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

10.3.5 Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, erfolgt durch den Versicherer eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten.

Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, lebt der Leistungsanspruch auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie nicht auf.

Für bereits eingetretene Leistungsfälle (inkl. Nachleistungen) bleibt der Anspruch auf die versicherten Leistungen bis zur ursprünglich vereinbarten Dauer gewahrt.

Wird die ausstehende Akonto-Prämie oder Schlussabrechnung nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

10.4 Prämienbefreiung im Schadenfall

Solange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht resp. Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden, entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Versicherten mit fester Lohnsumme.

Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlich vereinbarten Minimalprämie gemäss Versicherungspolice.

10.5 Prämiengarantie

Für die vereinbarte Vertragsdauer wird eine Prämiengarantie gewährt.

10.6 Prämienanpassung

Der Versicherer kann die Prämien infolge Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft und infolge der individuellen Schadenerfahrung des Einzelvertrages anpassen. Eine Anpassung der Prämie als Folge einer Kombination der beiden Eigenschaften ist möglich.

10.6.1 Infolge Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft

Auf Vertragsende ist eine Prämienanpassung aufgrund der kollektiven Kostenentwicklung einer Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes möglich.

Eine Prämienanpassung ist zudem möglich, wenn die Einstufung des Vertrages zum Zeitpunkt der Vertragsverlängerung wesentlich (Abweichung mindestens 20%) unter dem vorgegebenen Risikoprämienatz der Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes liegt. Dies ist auch bei schadenfreien Verträgen oder solchen mit geringer Schadenbelastung möglich. In einem solchen Fall wird maximal der Risikoprämienatz (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) erhoben.

10.6.2 Infolge individueller Schadenerfahrung des Einzelvertrages
Auf Vertragsende ist eine Prämienanpassung möglich, wenn die Summe der Leistungen für die in der Beobachtungsperiode eingetretenen Schadenfälle (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) die Risikoprämien des Einzelvertrages übersteigt.

Die Beobachtungsperiode ist für die Beurteilung der individuellen Schadenerfahrung massgebend. Sie umfasst die bisherige Vertragsdauer, aber maximal 6 der Anpassung vorangehende Jahre.

Bei der Festsetzung der neuen Prämienhöhe wird auch die Schadenerfahrung/-frequenz und die Zusammensetzung des Versichertenbestandes (z. B. Altersstruktur und Geschlecht) berücksichtigt.

10.6.3 Mitteilungsfrist

Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit hin zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung. Im Übrigen bleiben die Vertragsvereinbarungen sowie die Laufzeit des Versicherungsvertrages unverändert.

10.7 Überschussbeteiligung

Es kann eine Überschussbeteiligung vereinbart werden.

Ist eine Überschussbeteiligung vereinbart, wird der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen Versicherungsjahren (= Abrechnungsperiode) an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System sind in der Versicherungspolice erwähnt.

Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.

Werden nach erfolgter Abrechnung Krankheitsfälle und Folgen von Unfällen nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

10.8 Leistungsausrichtung

10.8.1 Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld monatlich nachschüssig bezahlt.

Die Taggeldleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Versicherten ausgerichtet, solange diese beim Versicherungsnehmer angestellt sind.

10.8.2 Auszahlung des Geburtengeldes

Das Geburtengeld wird dem Versicherungsnehmer nach der Niederkunft auf Grund des Nachweises über die Leistungen nach EOG zur Weiterleitung an die Versicherte ausbezahlt.

10.8.3 Auszahlung Vaterschaftsentschädigung

Die Vaterschaftsentschädigung wird dem Versicherungsnehmer auf Grund des Nachweises über den absolvierten Vaterschaftsurlaub ausbezahlt.

10.8.4 Verrechnung

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

10.8.5 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

10.8.6 Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer verjährt zwei Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

11. Leistungskoordination

11.1 Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung

11.1.1 Grundsätze zur Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung
Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter aus unerlaubter Handlung, aus Vertrag oder aus Gesetzesvorschrift, ergänzt der Versicherer im Nachgang die Leistungen bis zur Höhe des versicherten Taggeldes.

Die Kürzung erfolgt sowohl bei Leistungen, die auf Grund des AHV-pflichtigen Lohns bemessen werden, wie auch bei Leistungen, die nach Massgabe einer festen Lohnsumme ausgerichtet werden.

Tage mit gekürzten Leistungen zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartezeit als ganze Tage. Dies gilt auch, wenn die Kürzung dazu führt, dass der Versicherer keine Leistungen erbringt.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht.

11.1.2 Kürzungen im Bereich Sozialversicherungen

Sind Sozialversicherer leistungspflichtig, werden die versicherten Taggeldleistungen um den Betrag der Leistungen aus Sozialversicherungen (Taggelder, Renten etc.) gekürzt.

Der Versicherte tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FamZG, FLG etc.) an den Versicherer ab.

11.1.3 Kürzungen im Bereich Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, haftet der Versicherer für den Schaden im Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbeitrag der Versicherungssummen steht.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bestehende oder neu abgeschlossene Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

11.1.4 Auflösung bei Mehrfachversicherung

Hat der Versicherungsnehmer nicht gewusst, dass eine Mehrfachversicherung entsteht, als er den späteren Vertrag abgeschlossen hat, so kann er diesen Vertrag schriftlich kündigen. Dies muss innert vier Wochen, nachdem er die Mehrfachversicherung entdeckt hat, geschehen.

Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen

rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht an den Vertrag gebunden.

11.1.5 Überentschädigung

Entsteht trotz der Kürzungsmöglichkeit eine Überentschädigung, kann der Versicherer die zu viel erbrachten Leistungen zurückfordern, die künftigen Leistungen kürzen oder mit den Leistungen von Sozialversicherern direkt verrechnen. Der Versicherer kann insbesondere Leistungen direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurückfordern.

Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe des versicherten Taggeldes.

11.1.6 Leistungsverzicht

Verzichtet ein Versicherter ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

11.2 Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu Dritten kann der Versicherer Vorleistungen erbringen. Voraussetzung ist, dass der Versicherte sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung seiner Ansprüche bemüht hat und seine Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

11.3 Überentschädigung

11.3.1 AHV-Lohnsumme

Dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten darf aus den Leistungen des Versicherers, von Dritten und Sozialversicherungen kein Gewinn entstehen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt. Zuviel erbrachte Leistungen werden zurückgefordert.

Tage mit gekürzten Taggeldleistungen gelten bei der Berechnung der Leistungsdauer und Wartezeit als ganze Tage.

11.3.2 Feste Lohnsumme

Der Leistungsumfang entspricht der vereinbarten Taggeldsumme. Leistungen der Sozialversicherer (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FamZG, FLG etc.) werden angerechnet.

12. Datenschutz

12.1 Grundsatz

Die Bearbeitung der Daten von Versicherten richtet sich nach den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes und des Bundesgesetzes über den Datenschutz.

12.2 Bearbeitungszweck

Der Versicherer bearbeitet nur Daten (z. B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Leistungsabwicklung), die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach VVG erforderlich sind. Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

12.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung

Der Versicherer kann die Datenbearbeitung ganz oder teilweise einem Dritten (z. B. Rechenzentrum) übertragen. Dabei sorgt der Versicherer dafür, dass die Daten nur so bearbeitet werden, wie er es selbst tun dürfte. In anderen Fällen gibt der Versicherer nur mit Einwilligung des Versicherten Auskunft.

12.4 Aufbewahrung der Daten

Der Versicherer bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt diese durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor Unbefugten.

13. Mitteilungen

Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich an den Versicherten oder an den Versicherungsnehmer.

Änderungen, die für die Versicherung wesentlich sind, insbesondere Änderungen in Bezug auf die Zusammensetzung des versicherten Personenkreises, des Gesamtarbeitsvertrages (GAV) oder der Bestimmungen der Beruflichen Vorsorge (BVG), sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Wird in diesen AVB Schriftlichkeit verlangt, so genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht.

14. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag steht der klagenden Partei wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort oder am schweizerischen Arbeitsort des Versicherten sowie am Geschäftssitz des Versicherers offen.

