
AVB für Krankentaggeldversicherung (KTG)

Ausgabe 2011-08

Inhalt

1	Grundlagen der Versicherung	4
1.1	Zweck	4
1.2	Versicherungsträger	4
1.3	Versicherungsvertrag	4
1.4	Männliche und weibliche Schreibweise	4
2	Versicherter Personenkreis	5
2.1	Versicherungsnehmer	5
2.2	Versicherte Personen	5
3	Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages	7
3.1	Beginn des Versicherungsvertrages	7
3.2	Dauer des Versicherungsvertrages	7
3.3	Beendigung des Versicherungsvertrages	7
4	Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	9
4.1	Beginn des Versicherungsschutzes	9
4.2	Ende des Versicherungsschutzes	9
4.3	Versicherungsschutz nach Ausschöpfung der maximalen Leistungsdauer ¹⁰	
4.4	Übertritt in die Einzelversicherung	10
5	Versicherungsumfang	12
5.1	Höhe der versicherten Leistungen	12
5.2	Versicherter Verdienst und Todesfallkapital	12
5.3	Maximaldeckung	13
6	Leistungen	14
6.1	Leistungsvoraussetzungen	14
6.2	Leistungsumfang	15
6.3	Leistungsdauer	16
6.4	Leistungsbeschränkungen	18
6.5	Rückerstattung	20
6.6	Leistungsausrichtung	20
7	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall	22
7.1	Pflichten im Schadenfall	22
7.2	Schadenminderung	22
7.3	Auskunftspflicht	23
7.4	Verletzung der Mitwirkungspflichten	23
7.5	Quellensteuer	23

8	Prämien	24
8.1	Prämienberechnung	24
8.2	Prämienzahlung	24
8.3	Prämienbefreiung im Schadensfall	25
8.4	Prämienanpassung	25
8.5	Überschussbeteiligung	26
9	Leistungen Dritter	27
9.1	Koordination	27
9.2	Überentschädigung	27
10	Schlussbestimmungen	29
10.1	Örtliche Geltung	29
10.2	Mitteilungen	29
10.3	Gerichtsstand	29

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

Die Lohnausfallversicherung für Unternehmen ist eine Risikoversicherung und deckt den Lohnausfall, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsteht. Die Deckung des Lohnausfalls infolge Unfall und Geburt (Geburtengeld) kann eingeschlossen werden. Gleiches gilt für das Todesfallkapital (Lohnnachgenuss gem. OR) und die Key Person Deckung.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist Elips Versicherungen AG, Vaduz, nachfolgend Elips Life genannt.

1.3 Versicherungsvertrag

Der Versicherungsvertrag besteht aus

- der Offerte resp. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen,
- der Versicherungspolice,
- den in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB),
- den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Soweit im Versicherungsvertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart worden ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

1.4 Männliche und weibliche Schreibweise

Elips Life bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der männlichen und weiblichen Schreibweise erfolgt auf Grund der besseren Lesbarkeit.

2 Versicherter Personenkreis

2.1 Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist das in der Versicherungspolice mit seinen zugehörigen Unternehmensteilen beschriebene Unternehmen bzw. die natürliche Person, die den Vertrag abschliesst.

2.2 Versicherte Personen

2.2 a Arbeitnehmende

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

- zum Versicherungsnehmer in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen, und
- der AHV unterstellt sind.

Personen, die nach Erreichen des AHV-Alters weiter arbeiten, gehören bis zur Vollendung des 70. Altersjahr zum versicherten Personenkreis, sofern sie bei Eintritt ins AHV-Alter bereits beim Versicherungsnehmer beschäftigt sowie voll arbeitsfähig waren. Grenzgänger sind unter den gleichen Voraussetzungen versichert.

2.2 b Versicherung aufgrund besonderer Vereinbarung

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind

- a) kurzfristige Aushilfen (d.h. Aushilfen mit einem bis zu drei Monate befristeten Aushilfsvertrag),
- b) Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die nicht gemäss UVG gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichert sind,
- c) Heimarbeiterinnen und Heimarbeiter,
- d) Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Grenzgänger noch Entsandte noch Kurzaufenthalter sind.

2.2 c Personen mit fester Jahreslohnsumme

Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber sowie im Betrieb mitarbeitende Ehegatten/Lebenspartner, Kinder oder Eltern, welche nicht in der Lohnbuchhaltung geführt werden, sind versichert, sofern sie namentlich und mit fester Lohnsumme in der Versicherungspolice aufgeführt sind. Geschäftsführer, welche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmende gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern.

2.2 d 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.

3 Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

3.1 Beginn des Versicherungsvertrages

Versicherungsbeginn ist das in der Versicherungspolice vereinbarte Datum. Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich.

3.2 Dauer des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

3.3 Beendigung des Versicherungsvertrages

3.3 a Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich.

3.3 b Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

- a) mit Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) mit Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland,
- c) mit Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

3.3 c Auflösung durch Elips Life

Elips Life ist an den Vertrag nicht gebunden und kann ihn auflösen:

- a) bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug,
- b) wenn der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder wenn er im Verlaufe des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder

verschweigt, die die Leistungspflicht von Elips Life ausschliessen oder mindern würden.

3.3 d Kündigungsverzicht im Schadensfall

Elips Life verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, im Schadensfall den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

4 Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

4.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für Arbeitnehmende beginnt am Tag der Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer resp. an dem im Arbeitsvertrag festgelegten Zeitpunkt, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn. Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt vorbehaltlos und ohne Gesundheitsdeklaration. Versichert sind auch vorbestehende Gesundheitsschäden (Volldeckung). Personen, die im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bzw. am Tag der Arbeitsaufnahme nicht voll arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind.

Personen, welche eine feste Lohnsumme versichern, müssen die Aufnahme in die Versicherung je einzeln mittels Aufnahmeantrag und Gesundheitsfragen beantragen. Der Versicherungsschutz (Volldeckung) beginnt erst, nachdem Elips Life die Aufnahme schriftlich bestätigt hat.

Haben Versicherte aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, so gehen diese vor.

4.2 Ende des Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz

- a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- b) mit der Pensionierung,
- c) bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- d) bei freiwilligem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch, mit Ausnahme von Arbeitsunterbrüchen infolge Krankheit, Unfall, Mutterschaft oder Dienstleistungen in der Schweizer Armee oder im Zivildienst. Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt die Versicherung bis zu 210 Tagen bestehen, solange das Arbeitsverhältnis weiter besteht. Während der vorgesehenen Dauer des unbezahlten Urlaubs besteht kein Anspruch auf Leistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, werden die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur geplanten Wiederaufnahme der Arbeit an die Wartefrist und Leistungsdauer angerechnet. Es gelten die Mitwirkungspflichten im Schadenfall gemäss diesen AVB.
- e) mit dem Tod der versicherten Person,

-
- f) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages,
 - g) während des Ruhens der Leistungspflicht infolge Zahlungsverzuges von Seiten des Versicherungsnehmers.
-

4.3 Versicherungsschutz nach Ausschöpfung der maximalen Leistungsdauer

Tritt nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer ein neuer Versicherungsfall ein, besteht für diesen nur Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person weiterhin beim Versicherungsnehmer angestellt ist, zuvor ihre Arbeitsunfähigkeit ganz oder teilweise wiedererlangt hat und nur im Umfang der durch die neue Krankheit bedingten zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit.

4.4 Übertritt in die Einzelversicherung

4.4 a Übertrittsrecht

Jede in der Schweiz wohnhafte versicherte Person kann in die Einzelversicherung übertreten

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

Das Übertrittsrecht ist innert dreier Monate seit der Orientierung über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen. Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis, nach dem Ende des Leistungsbezuges bzw. nach Ende des Versicherungsvertrages. Gültig sind die im Zeitpunkt des Übertrittes geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung. Die Bestimmungen zur Nachdeckung bleiben vorbehalten.

4.4 b Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Versicherungsnehmer hat die versicherte Person im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses über das Übertrittsrecht und die Übertrittsfrist zu informieren.

4.4 c Umfang der Weiterversicherung

Elips Life gewährt der übertretenden Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung die zurzeit des Übertritts versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV), im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Ar-

beitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.4 d Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen

- aus dieser Kollektivversicherung,
- bei früheren Versicherungsträgern

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

4.4 e Ausschluss des Übertrittsrechtes

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) solange Leistungen im Rahmen der Nachdeckung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Rentalters,
- e) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat,
- f) während der Dauer einer vorläufigen Deckungszusage,
- g) nach Ausschöpfung der maximalen Leistungsdauer aus dieser Versicherung,

5 Versicherungsumfang

5.1 Höhe der versicherten Leistungen

Die Höhe der versicherten Leistungen wird zwischen dem Versicherungsnehmer und Elips Life vereinbart.

5.2 Versicherter Verdienst und Todesfallkapital

5.2 a Allgemein

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Verdienstes. Das ermittelte Taggeld wird pro Kalendertag ausgerichtet. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung). Das Todesfallkapital entspricht 2/12 des AHV-Lohnes. Die Höhe der Key Person Deckung entspricht dem dreifachen AHV-Lohn der versicherten Person.

5.2 b Arbeitnehmende

Bemessungsgrundlage für das Taggeld ist der letzte vor dem Versicherungsfall bei dem Versicherungsnehmer bezogene AHV pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf welche ein Rechtsanspruch besteht. Für Nicht-AHV-Pflichtige gilt anstelle des AHV-Lohnes der vereinbarte Bruttolohn. Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt. Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionen, Umsatzbeteiligungen, unregelmässige Aushilfstätigkeit usw.), wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten zwölf Monaten vor Arbeitsunfähigkeit erzielte Lohn durch 365 geteilt. Beträgt die Zeitperiode vor Arbeitsunfähigkeit weniger als zwölf Monate, erfolgt die Berechnung des Taggeldes analog. Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder genereller Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn diese vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits vertraglich vereinbart worden sind. Für die Todesfalldeckung gilt die versicherte Summe als Bemessungsgrundlage.

Für Mitarbeiter, die als Schlüsselperson im Rahmen der Key Person Deckung versichert werden, ist eine Gesundheitserklärung erforderlich.

5.2 c Personen mit fester Lohnsumme

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

Für die Erhöhung einer vereinbarten festen Lohnsumme ist eine erneute Gesundheitsdeklaration erforderlich. Eine allfällige Ablehnung des An-

trags durch Elips Life erfolgt nur auf der beantragten Versicherungserhöhung. Dies gilt auch für eine allfällige Erhöhung des Todesfallkapitals.

5.3 Maximaldeckung

Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist auf CHF 250 000 begrenzt. Die im Versicherungsvertrag integrierten Besonderen Bedingungen können einen höheren Maximallohn vorsehen.

Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Schlüsselperson im Rahmen der Key Person Deckung ist auf CHF 1'000'000 begrenzt.

6 Leistungen

6.1 Leistungsvoraussetzungen

6.1 a Krankheit

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

6.1 b 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 zur Folge hat.

Folgende, abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche
- b) Verrenkungen von Gelenken
- c) Meniskusrisse
- d) Muskelrisse
- e) Muskelzerrungen
- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen .

Keine Körperschädigungen im Sinne des obigen Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Den Unfällen gleichgestellt sind Berufskrankheiten, die gemäss Unfallversicherungsgesetz als solche anerkannt sind.

6.1 c Tod

Der Tod muss amtlich bescheinigt sein und durch eine Krankheit oder Unfall verursacht worden sein. Suizid ist ausgeschlossen und nicht versichert.

6.1 d Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung

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

6.1 e Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent besteht.

6.1 f Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Die Rückdatierung der Bescheinigung ist maximal bis zu drei Tagen möglich.

6.2 Leistungsumfang

6.2 a Allgemeines

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

Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

6.2 b Ruhen der Leistungen für Krankheit und Unfall bei Mutterschaft

Während des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung nach Erwerbsersatzgesetz (EOG) oder auf Geburtengeld ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

6.2 c Geburtengeld

Das Geburtengeld ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (EOG). Es wird nicht ausgerichtet, wenn das Anstellungsverhältnis der versicherten Person vor der Geburt endet.

6.2 d Todesfallkapital

Das versicherte Todesfallkapital wird mit dem Tod des Mitarbeiters dem versicherten Unternehmen ausbezahlt. Es beläuft sich auf 2/12 des AHV-Lohnes.

6.2 e Key Person Deckung

Das versicherte Kapital entspricht dem dreifachen AHV-Lohn der versicherten Schlüsselperson.

6.2 f Auslandsaufenthalt während der Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, welche Leistungen von Elips Life bezieht, ohne vorgängige und schriftliche Zustimmung von Elips Life ins Ausland, besteht während des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgänger bei Aufenthalt im Wohnsitzland des Grenzgängers.

6.3 Leistungsdauer

6.3 a Grundsatz

Elips Life erbringt die versicherten Leistungen während der in der Versicherungspolice festgelegten Leistungsdauer, höchstens aber bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages. Vorbehalten sind die Bestimmungen über die Nachdeckung. Die Leistungsdauer bemisst sich je Versicherungsfall. Tritt während eines laufenden Versicherungsfalles ein zusätzlicher Schadenfall ein, werden die bereits bezogenen Taggelder des ersten Falls an die Leistungsdauer des zweiten Falls angerechnet.

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall berechnet.

Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

6.3 b Neuer Versicherungsfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalles.

6.3 c Nachdeckung

Für Personen, die im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, besteht der Leistungsanspruch bis zum Ende des die Nachdeckung begründenden Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Die Nachdeckung kommt nicht zur Anwendung,

- a) wenn ein anderer Versicherer auf Grund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterausrichtung der Taggeldleistungen gewährleisten muss,
- b) bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit resp. bei einem befristeten Anstellungsverhältnis,
- c) bei Pensionierung,
- d) bei Arbeitnehmenden mit Wohnsitz im Ausland (gilt nicht für Grenzgänger).

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

6.3 d Leistungsdauer bei Geburt

Besteht ein Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach Erwerbsersatzgesetz (EOG) wird das versicherte Taggeld unter Abzug der Mutterschaftsentschädigung während maximal 112 Tagen ab Geburt ausgerichtet. Der Anspruch auf das Geburtengeld endet in jedem Fall, wenn die Versicherte die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Geburtengeld wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet und es erfolgt keine Anrechnung an die vereinbarte maximale Leistungsdauer bei Krankheit und Unfall.

6.3 e Leistungsdauer im AHV-Alter

Für versicherte Person, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld noch während gesamthaft 180 Tagen, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

6.3 f Minimale Leistungsdauer (nach Skala)

Minimale Leistungen werden ausgerichtet

- a) für versicherte Temporärkräfte,
- b) wenn die versicherte Person während eines nicht beruflich veranlassenen Auslandsaufenthaltes erkrankt bis zur Rückkehr in die Schweiz, es sei denn, sie befindet sich in stationärer Spitalpflege,
- c) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegesischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,
- d) für Folgen von Erdbeben und Naturkatastrophen,
- e) für epidemische Erkrankungen.

Die Leistungsdauer richtet sich entsprechend der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses im versicherten Unternehmen nach der folgenden Skala:

- 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 die versicherte Unternehmung zurück, wird die Anstellungsdauer aufgrund der in der Unternehmung gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate angerechnet.

6.3 g Anrechnung bei Vertragsübernahme

Bereits bezogene Leistungen bei früheren Versicherungsträgern werden im Falle einer Vertragsübernahme bzw. bei einer Vertragserneuerung auf die Leistungsdauer angerechnet.

6.3 h Leistung im Todesfall

Elips Life erbringt die versicherten Leistungen, wenn der Tod amtlich bescheinigt ist. Vorbehalten sind die Bestimmungen über den Leistungsausschluss im Todesfall gemäss Artikel 6.4.

6.3 i Key Person Leistungen

Elips Life erbringt die versicherten Leistungen beim Tod der versicherten Person oder bei voller Arbeitsunfähigkeit (ab 70%). Die Leistungen werden innert sieben Quartalen nachschüssig nach einer Wartefrist von 90 Tagen dem Arbeitgeber entrichtet.

Es gelten zudem die Besonderen Bedingungen zur Key Person Deckung, insbesondere der darin enthaltene Ausschluss nach ICD-10.

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4 a Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen von Elips Life nicht anerkannten Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde,

-
- c) bei Beteiligung an kriegesischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
 - d) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
 - e) wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung seitens des Versicherungsnehmers erfolgt ist,
 - f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages,
 - g) während der Dauer eines unbezahltenurlaubes,
 - h) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
 - i) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde,
 - j) bei Gesundheitsschädigung infolge ionisierender Strahlen,
 - k) wenn die versicherte Person während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung von Elips Life die Schweiz vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz,
 - l) wenn die versicherte Person einen Suizid begeht,
 - m) wenn ein Versicherungsfall durch die versicherte oder eine anspruchsberechtigte Person absichtlich herbeigeführt wird, besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht von Elips Life. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

6.4 b Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- b) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person 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,
- c) wenn sich die versicherte Person Verfügungen von Elips Life oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden; minimale Leistungen (Leistungsdauer gemäss Skaldeckung) werden jedoch in jedem Fall ausgerichtet,
- e) für versicherte Temporärkräfte,

-
- f) während eines nicht beruflich veranlassten Auslandsaufenthaltes. Für die Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland werden die vollen versicherten Leistungen ausgerichtet,
 - g) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,
 - h) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen,
 - i) für epidemische Erkrankungen.
-

6.5 Rückerstattung

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen sind Elips Life zurück zu erstatten.

6.6 Leistungsausrichtung

6.6 a 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.

6.6 b Auszahlung des Todesfallkapitals

Bei Eintritt eines Todesfalls wird das versicherte Todesfallkapital nach Eingang der amtlichen Bescheinigung dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Angehörigen der verstorbenen Person ausbezahlt.

6.6 c Auszahlung der Key Person Leistungen

Die Leistungen werden gemäss Art. 7.3 i der vorliegenden AVB entrichtet.

6.6 d Verrechnung

Elips Life kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen.

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen.

6.6 e Verpfändung und Abtretung

Die Abtretung und Verpfändung von Versicherungsleistungen von Elips Life ist ohne das schriftliche Einverständnis von Elips Life nicht erlaubt.

6.6 f Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers resp. der versicherten Person gegenüber Elips Life verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht von Elips Life begründet.

7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Pflichten im Schadenfall

Führt eine Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich zu Versicherungsleistungen,

- a) hat die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Elips Life dies mittels dem zur Verfügung gestellten Formular innert fünf Tagen anzumelden. Bei einer Wartefrist von mehr als 21 Tagen hat die Anmeldung spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist die ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Elips Life einzureichen. Erfolgt die Anmeldung ohne ausreichende Begründung verspätet, gewährt Elips Life Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies Elips Life unverzüglich zu melden. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, ist die versicherte Person verpflichtet, alle 4 Wochen eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- b) ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten.
- c) hat sich die versicherte Person auf Verlangen von Elips Life Untersuchungen durch von Elips Life beauftragten Ärzten zu unterziehen. Die Kosten hierfür trägt Elips Life.
- d) ist die versicherte Person verpflichtet, einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.

Ein Todesfall einer versicherten Person ist Elips Life unverzüglich zu melden. Gleichzeitig mit der Schadenmeldung ist eine amtliche Bescheinigung des Todesfalls beizulegen.

7.2 Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann. Die versicherte Person, welche in ihrem ursprünglichen Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre verbleibende Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten resp. sie hat sich bei der Arbeitslosenversicherung anzumelden. Elips Life fordert die versicherte Person unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- resp. Berufswechsel vorzunehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Ver-

weigert sie nach Aufforderung von Elips Life die Anmeldung bei der IV, können die Taggeldleistungen vorübergehend eingestellt werden.

7.3 Auskunftspflicht

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch bei Elips Life geltend gemacht wird, Elips Life sämtliche erforderlichen Informationen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht, Leistungshöhe oder Leistungsdauer erforderlich sind, zur Verfügung.

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber Elips Life von der Schweigepflicht. Elips Life kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen.

Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer erteilen Elips Life unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind Elips Life Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen.

Elips Life kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

7.4 Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB in unentschuldbarer Weise verletzt.

7.5 Quellensteuer

Werden Versicherungsleistungen an den Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die versicherte Person ausgerichtet, haftet diese für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer.

8 Prämien

8.1 Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämie ist die im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme und die vereinbarte Key Person Deckung, jedoch höchstens der in der Police vereinbarte maximal versicherbare Verdienst pro Person und Jahr sowie das vereinbarte Kapital der Schlüsselpersonen. Bruttolöhne nicht AHV-pflichtiger Personen sind ebenfalls für die Prämienberechnung massgebend. Sofern für in der Versicherungspolice namentlich aufgeführte Personen im Voraus eine feste Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese als Berechnungsgrundlage. Der Versicherungsprämienatz der versicherten Lohnsumme ist für die jeweilige Produktparte in der Versicherungspolice geregelt.

8.2 Prämienzahlung

8.2 a Rechnungsstellung und Fälligkeit

Elips Life erstellt 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.

8.2 b Schlussabrechnung

Elips Life stellt dem Versicherungsnehmer nach Ablauf des Kalenderjahres ein Deklarationsformular zu. Der Versicherungsnehmer hat die Lohnsummendeklaration mit den notwendigen Unterlagen (AHV-Deklaration, Versichertenlisten, Lohnabrechnungen usw.) innert Monatsfrist Elips Life zu retournieren. Gestützt auf diese Angaben, berechnet Elips Life die endgültigen Prämienbeträge und erstellt eine entsprechende Schlussabrechnung. Bei einem Saldo unter CHF 10 erfolgt keine Nachzahlung bzw. Rückerstattung. Kommt der Versicherungsnehmer der Meldepflicht über die Lohnsummendeklaration nicht nach oder liegen keine Zahlen zum Vorjahr vor, kann Elips Life die definitive Schlussabrechnung sowie die künftigen Akonto-Prämienbeträge durch Einschätzung festlegen.

8.2 c Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

Elips Life hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

8.2 d 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 Elips Life die Prämie, die auf die nicht abgelaufene Vertragsdauer fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein. Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadensfall kündigt und der Vertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

8.2 e Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt durch Elips Life 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. 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 Erwerbsausfälle während des Ruhens der Leistungspflicht besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch. Wird die ausstehende Akontoprämie bzw. Schlussabrechnung nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

8.3 Prämienbefreiung im Schadensfall

Solange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht bzw. Leistungen im Rahmen der Nachdeckung 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 Personen mit fester Lohnsumme.

8.4 Prämienanpassung

Eine Prämienänderung aufgrund des Schadenverlaufes kann dann vorgenommen werden, wenn die Leistungen (inklusive der Rückstellungen) innerhalb der Beobachtungsperiode 75 Prozent der Prämien übersteigen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und mindestens zwei vorangegangene Kalenderjahre, unabhängig davon, wo der Versicherungsnehmer während dieser Zeit versichert war. 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 Zeit-

punkt der Wirksamkeit hin zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.5 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 und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System ist in der Versicherungspolice erwähnt. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt respektive vollständig reserviert 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. Elips Life kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

9 Leistungen Dritter

9.1 Koordination

9.1 a Im Allgemeinen

Hat die versicherte Person für einen Versicherungsfall, bei dem eine Leistungspflicht von Elips Life besteht, auch einen gesetzlichen oder vertraglichen Anspruch auf Leistungen von Sozialversicherungen, betrieblichen Versicherungen oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt Elips Life diese Leistungen im Rahmen ihrer eigenen Leistungspflicht bis zur Höhe des versicherten Taggeldes. Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht von Elips Life nach diesen AVB.

9.1 b Mehrfachversicherung

Erhält die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten Taggeldversicherung, leistet Elips Life anteilmässig. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die Todesfalleistungen werden immer zusätzlich zu anderen Versicherungen ausbezahlt. Gleiches gilt für die Key Person Deckung.

9.1 c Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung von Elips Life ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches und die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung von Elips Life nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

9.1 d Vorleistungen und Regress

Elips Life kann anstelle eines haftpflichtigen Dritten Vorschussleistungen erbringen, sofern die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und sie ihre Ansprüche gegenüber dem Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an Elips Life abtritt.

9.2 Überentschädigung

9.2 a Arbeitnehmer

Das Zusammentreffen mit Leistungen von Dritten darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person oder des Versicherungs-

nehmers führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe des versicherten Taggeldes. Elips Life kürzt ihre Leistungen bis zur Überentschädigungsgrenze. Tage mit teilweiser oder keiner Leistung infolge Kürzung wegen eines Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist als ganze Tage. Hat Elips Life Leistungen erbracht, fordert sie Nachzahlungen von Sozialversicherungen (insbesondere der Invalidenversicherung) an die versicherte Person direkt von der betreffenden Sozialversicherung zurück. Der Rückforderungsbetrag entspricht der Höhe der Überentschädigung.

9.2 b Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Elips Life allfällig bestehende oder neu abgeschlossene Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

10 Schlussbestimmungen

10.1 Örtliche Geltung

Die Versicherung gilt weltweit.

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

10.2 Mitteilungen

Mitteilungen von Elips Life erfolgen rechtsgültig schriftlich an die versicherte Person oder an den Versicherungsnehmer. Änderungen, die für die Versicherung wesentlich sind, insbesondere Änderungen in Bezug auf die Zusammensetzung des versicherten Personenkreises, des GAV oder der BVG Bestimmungen, sind Elips Life innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

10.3 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag steht der klagenden Partei wahlweise die Anrufung des Gerichtes am schweizerischen Wohnort, am schweizerischen Arbeitsort, in Zürich oder am Geschäftssitz von Elips Life offen.