

Krankentaggeldversicherung Flex (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 05.2026

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen	4
1.1. Zweck	4
1.2. Versicherungsträgerin	4
1.3. Vertragsgrundlagen	4
1.4. Versicherungspolice	4
1.5. Versicherungsvertragsgesetz	4
2. Versicherter Personenkreis	4
2.1. Versicherungsnehmer	4
2.2. Versicherte Personen	5
3. Örtliche Geltung	5
3.1. Allgemeines	5
3.2. Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer	5
3.3. Auslandsaufenthalt bei Erkrankung	5
4. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages	6
4.1. Vertragsbeginn	6
4.2. Vertragsdauer	6
4.3. Vertragsbeendigung	6
5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	7
5.1. Beginn des Versicherungsschutzes	7
5.2. Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes	7
5.3. Übertritt in die Einzelversicherung	8
6. Versicherungsumfang	9
6.1. Grundsatz	9
6.2. Versicherte Verdienst	10
6.3. Maximaldeckung	10
7. Versicherungsleistungen	10
7.1. Leistungsvoraussetzungen	10
7.2. Leistungsumfang	12
7.3. Leistungsbeginn	15
7.4. Leistungsdauer	15
7.5. Leistungsbeschränkungen	17
8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall	18
8.1. Pflichten im Schadenfall	18
8.2. Schadenminderung	18
8.3. Auskunftspflicht	19
8.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten	19
8.5. Quellensteuer	19
9. Prämien und Zahlungen	20
9.1. Massgebliche Lohnsumme	20
9.2. Prämienzahlung	20
9.3. Vorleistungen und Regress	23
9.4. Prämienbefreiung im Schadenfall	23
9.5. Prämienanpassung	23
9.6. Überschussbeteiligung	23
9.7. Leistungserbringung	24
9.8. Risiko- und Verwaltungskosten	25
9.9. Minimalprämie	25
10. Leistungskoordination	25

10.1. Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung	25
10.2. Vorleistungen und Regress	27
11. Datenschutz	27
11.1. Grundsatz	27
11.2. Bearbeitungszweck	27
11.3. Datenweitergabe an Dritte	27
11.4. Aufbewahrung der Daten	27
11.5. Auskunftsrecht	27
11.6. Widerruf der Einwilligung	28
12. Mitteilungen	28
13. Gerichtsstand	28

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

Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie Fragen zu Ihren aktuellen Versicherungsbedingungen haben oder besuchen Sie www.grapehealth.ch.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Zweck

Die grape Krankentaggeldversicherung Flex (VVG) dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entstanden ist.

Die Deckung des Erwerbsausfalls infolge von Unfall (Karenztage), Geburt (Geburtengeld), Vaterschaft (Vaterschaftsgeld), Betreuung von Angehörigen, Betreuung von gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindern in Ergänzung zum Bundesgesetz über den Erwerbsersatz (EOG) sowie der Lohnnachgenuss im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR kann eingeschlossen werden.

Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.2. Versicherungsträgerin

Versicherungsträgerin (nachfolgend "Versicherer") ist das in der Versicherungspolice aufgeführte Unternehmen. Die grape insurance AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung des Versicherers vorzunehmen.

1.3. Vertragsgrundlagen

Als Grundlagen des Vertrages gelten

- der Versicherungsantrag,
- die Versicherungspolice,
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB),
- 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. Besondere Bedingungen 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 bzw. die natürliche Person, die den Vertrag abschliesst.

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 Referenzalter weiterhin im versicherten Betrieb beschäftigt werden und
- c) sie das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben, vorbehaltlich Ziff. 2.2.2 lit. c.

Dazu zählen:

- Aushilfen, wenn ihr Aushilfevertrag auf drei Monate oder weniger befristet ist, vorbehaltlich Ziff. 7.4.9. Abs. 3 lit. f)
- Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen unterstehen,
- Heimarbeitnehmer im Sinne von Art. 351 OR.

Personen mit Grenzgängerbewilligung (G) sind den in der Schweiz wohnhaften Personen gleichgestellt.

2.2.2. 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 Referenzalter 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 72 Monate, sofern für die Personen gleichzeitig eine UVG-Deckung besteht. Auf Gesuch hin kann die Versicherungsdeckung verlängert werden.

3.3. Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

Begibt sich eine erkrankte versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes bis zur Rückkehr in die Schweiz kein Anspruch auf Leistungen. Dasselbe gilt für Personen mit Wohnsitz im Ausland, die ihren bisherigen Wohnort verlassen. Allfällige Ausnahmen können vom Versicherer geprüft werden, sofern die versicherte

Person ihren Antrag mindestens 4 Wochen vor der Abreise mit einer ärztlichen Bestätigung einreicht. Der Versicherer behält sich das Recht vor, zusätzlich eine Empfehlung des beratenden Arztes einzuholen.

4. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

4.1. Vertragsbeginn

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

4.2. Vertragsdauer

4.2.1. Im Allgemeinen

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

4.2.2. Vertragsverlängerung

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

4.3. Vertragsbeendigung

4.3.1. 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 Angebot mit neuer Laufzeit unterbreiten. Wird der Versicherungsvertrag nicht gekündigt, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr.

4.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

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

4.3.3. Auflösung durch den Versicherer

Der Versicherer ist an den Versicherungsvertrag 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 Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder
- c) wenn der Versicherungsnehmer im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen unrichtig mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden.

4.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, im Schadenfall den Versicherungsvertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

5.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn.

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt vorbehaltlos und ohne Gesundheitsdeklaration. Versichert sind auch vorbestehende Gesundheitsschäden. 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.

5.2. Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes

5.2.1. Ende des Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz

- a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- b) mit dem Zeitpunkt der Pensionierung, inkl. vorzeitiger Pensionierung,
- c) bei Weiterbeschäftigung im Referenzalter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- d) mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs gemäss der vereinbarten Leistungsdauer in der Versicherungspolice, ohne Verwertung einer Resterwerbsfähigkeit,
- e) mit dem Tod der versicherten Person,
- f) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages,
- g) während des Ruhens der Leistungspflicht infolge eines Zahlungsverzuges vonseiten des Versicherungsnehmers.

5.2.2. Ruhen der Leistungspflicht bei einem Arbeitsunterbruch

Bei einem freiwilligen Arbeitsunterbruch (z.B. unbezahlter Urlaub) ohne Lohnanspruch bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Während dieser Zeit ruht jedoch die Leistungspflicht, und es ist keine Prämie geschuldet. Dies ist nicht der Fall bei unfreiwilligen Arbeitsunterbrüchen, insbesondere bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Vaterschaft, Dienstleistungen in der Schweizer Armee oder im Zivildienst.

Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt die Versicherung bis zu 180 Tagen bestehen, solange das Arbeitsverhältnis weiter besteht.

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. Es gelten die Mitwirkungspflichten im Schadenfall gemäss diesen AVB. Diese Regelung gilt sinngemäss auch bei Arbeitsunterbrüchen infolge eines Straf- oder Massnahmenvollzugs.

5.3. Übertritt in die Einzelversicherung

5.3.1. Übertrittsrecht

Jede in der Schweiz wohnhafte Person kann ohne Gesundheitsprüfung in die Einzelversicherung übertreten

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

Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen seit der Mitteilung des Arbeitgebers über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen. Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung, nach dem Ende des Leistungsbezuges bzw. nach Ende des Versicherungsvertrages.

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

5.3.2. Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die ausscheidende versicherte Person über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung rechtzeitig, spätestens jedoch am letzten Arbeitstag, schriftlich zu informieren.

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

5.3.3. Umfang der Weiterversicherung

Die Weiterversicherung erfolgt grundsätzlich im Umfang der bisherigen Versicherungsdeckung. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich auf den nach dem Übertritt erzielten Lohn, im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen.

Es wird ein Einkommen von maximal CHF 300'000 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.

5.3.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen

- aus dieser Kollektivversicherung
- bei früheren Versicherern werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

5.3.5. Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Krankentaggeldversicherung,
- 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 Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des Referenzalters,
- e) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat,
- f) während der Dauer einer provisorischen Deckungszusage,
- g) wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind und keine Resterwerbsfähigkeit mehr besteht,
- h) für Personen mit einem befristeten Anstellungsverhältnis von drei Monaten oder weniger, ausser sie gelten unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG,
- i) im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs oder einer Anzeigepflichtverletzung durch die versicherte Person.

Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 AVIG gelten die Bestimmungen nach Art. 100 Abs. 2 VVG.

6. Versicherungsumfang

6.1. Grundsatz

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Verdienstauffalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet. Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung.

6.2. Versicherte Verdienst

6.2.1. AHV- Lohnsumme

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. Als Grundlage für die Bemessung gelten auch Löhne, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind. Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

Lohnerhöhungen und Lohnreduktionen infolge einer Änderung des Beschäftigungsgrades oder genereller Lohnanpassungen (z.B. durch Gesamtarbeitsverträge) werden nur berücksichtigt, wenn ein Rechtsanspruch besteht oder wenn diese vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits schriftlich vereinbart worden sind. Für den Lohnnachgenuss gilt die versicherte Summe als Bemessungsgrundlage.

6.2.2. Unregelmässiges Einkommen

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.

6.3. Maximaldeckung

Die Höhe des maximal versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist im Vertrag festgelegt und ist in der Regel auf CHF 300'000 begrenzt.

7. Versicherungsleistungen

7.1. Leistungsvoraussetzungen

7.1.1. Grundsatz

Leistungsvoraussetzung ist eine medizinisch begründete objektivierbare Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

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.

7.1.2. 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.

7.1.3. 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.

7.1.4. Betreuungsbedürftigkeit von Angehörigen sowie von schwer beeinträchtigten Kindern

Versichert sind die Leistungen für die Zeit, die zur Betreuung eines Familienmitglieds, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners mit gesundheitlicher Beeinträchtigung notwendig ist (Art. 329h OR). Als Familienmitglieder gelten Verwandte in auf- und absteigender Linie (Eltern, Kinder, Grosseltern, Enkel usw.), Geschwister, Ehegatten, Schwiegereltern sowie Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner, mit denen die versicherte Person seit mindestens fünf Jahren in einem gemeinsamen Haushalt lebt.

Ist ein Kind einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigt und besteht Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung gemäss EOG (Art. 329i OR), erbringt der Versicherer ergänzende Leistungen.

7.1.5. 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 1% besteht.

7.1.6. 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 berücksichtigt. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

7.1.7. Ärztliches Zeugnis

Die Arbeitsunfähigkeit muss durch eine ärztliche Bescheinigung belegt werden. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer zugelassenen Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt sein. Eine ärztliche Bescheinigung ist mindestens alle 4 Wochen einzureichen.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheitsmeldungen sind maximal bis zu drei Tage möglich.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Unterstützung der Leistungsabwicklung gemeldete Arbeitsunfähigkeiten auf Basis der vorhandenen Angaben sachgerecht zu ergänzen, insbesondere im Hinblick auf zeitlich zusammenhängende Absenzen, sofern und soweit der Versicherungsnehmer einer entsprechenden Anwendung schriftlich zugestimmt hat. Die Ergänzungen erfolgen nach einheitlichen Kriterien. Der Versicherungsnehmer bleibt verpflichtet, die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben zu überprüfen und erforderlichenfalls zu berichtigen.

7.2. Leistungsumfang

7.2.1. Im Allgemeinen

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

7.2.2. Taggeld

Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet.

Die gesamten Taggeldleistungen dürfen den durch den Versicherungsfall verursachten Verdienstausfall der versicherten Person nicht übersteigen.

7.2.3. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

7.2.4. Unfall

Ist das Unfallrisiko eingeschlossen, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf die Deckung der Karenztage gemäss Versicherungspolice. Taggeldleistungen werden subsidiär zu Leistungen aus anderen Unfallversicherungen erbracht.

7.2.5. Familienzulagen

Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskassen sind als Bestandteil des versicherten Einkommens prämienfrei mitversichert. Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist, frühestens ab dem 5. Kalendermonat.

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

7.2.6. Ruhen der Leistungspflicht

Während des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung bzw. Vaterschaftsentschädigung nach EOG bzw. nach kantonalem Recht oder auf Geburtengeld bzw. Vaterschaftsgeld aus dieser Versicherung ruht die Leistungspflicht infolge Krankheit bzw. Unfall.

Der Anspruch auf Taggeld für den Betreuungsurlaub von gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindern ruht während des Bezugs einer Erwerbsersatzentschädigung nach EOG.

7.2.7. Geburtengeld

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

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG bzw. nach kantonalem Recht und ergänzt diese Leistungen. Dabei wird die Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld erbracht.

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

Der Anspruch auf Geburtengeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Geburtengeld wird nicht erbracht, wenn das Arbeitsverhältnis 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 EOG bzw. nach kantonalem Recht, ausser im Rahmen einer Freizügigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

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

7.2.8. Vaterschaftsgeld

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

Der Anspruch auf Vaterschaftsgeld entsteht mit dem Anspruch auf Vaterschaftsentschädigung nach EOG bzw. nach kantonalem Recht und ergänzt diese Leistungen. Dabei wird die Differenz zwischen der Vaterschaftsentschädigung und dem versicherten Vaterschaftsgeld erbracht.

Das Vaterschaftsgeld wird ohne Anrechnung einer Wartefrist erbracht und es erfolgt keine Anrechnung an die vereinbarte maximale Leistungsdauer bei Krankheit.

Der Anspruch auf Vaterschaftsgeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Vaterschaftsgeld wird nicht erbracht, wenn das Beschäftigungsverhältnis der versicherten Person 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 bzw. nach kantonalem Recht, ausser im Rahmen einer Freizügigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

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

7.2.9. Urlaub für die Betreuung von Angehörigen

Sofern der Urlaub für die Betreuung von Angehörigen mitversichert ist, beträgt die Versicherungsdauer höchstens drei Tage pro Ereignis und höchstens zehn Tage pro Kalenderjahr (Art. 329h OR sowie Art. 36 Abs. 3 und 4 ArG).

Der Anspruch auf Taggeld für den Betreuungsurlaub gesundheitlich schwer beeinträchtigter Kinder besteht nur in Ergänzung zur Erwerbsersatzentschädigung nach EOG.

7.2.10. Lohnnachgenuss

Stirbt eine versicherte Person infolge einer versicherten Krankheit, so übernimmt der Versicherer die vom Versicherungsnehmer geschuldete gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR, sofern mitversichert.

Die Versicherungsleistung wird ohne Anrechnung einer Wartefrist erbracht.

Eine vom Versicherungsnehmer allenfalls eingegangene Verpflichtung, den Lohn, in Erweiterung der gesetzlichen Regelung, für eine längere Zeit weiterhin zu gewähren, wird nicht berücksichtigt.

7.3. Leistungsbeginn

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt an dem Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall berechnet.

7.4. Leistungsdauer

7.4.1. Grundsatz

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

Die versicherte Person kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet.

Tritt nach Erschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer ein neuer Versicherungsfall ein, besteht für diesen Fall Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person ihre Resterwerbsfähigkeit ganz oder teilweise verwertet hat. Der Versicherungsschutz besteht maximal auf die Restarbeitsfähigkeit.

7.4.2. Anrechnung der Wartefrist

Die vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Als Wartezeit gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 1% besteht.

7.4.3. Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit während 365 Tagen ununterbrochen arbeitsfähig war.

Bei einem Rückfall innerhalb von 365 Tagen werden die bereits absolvierte Wartefrist sowie die erbrachten Leistungen angerechnet.

7.4.4. Zusätzlicher Versicherungsfall

Tritt während eines laufenden Versicherungsfalles ein zusätzlicher Versicherungsfall ein, werden die bereits bezogenen Taggelder des ersten Falles an die Leistungsdauer des zweiten Falls angerechnet.

7.4.5. Leistungsdauer bei Geburt

Die Leistungsdauer bei Geburt ist in der Versicherungspolice geregelt.

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

Das Geburtengeld wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

7.4.6. Leistungsdauer bei Vaterschaft

Die Leistungsdauer bei Vaterschaft ist in der Versicherungspolice geregelt.

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

Das Vaterschaftsgeld wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

7.4.7. Leistungsdauer im Referenzalter

Für versicherte Personen, die bei Erreichen des Referenzalters oder nach einer vorzeitigen Pensionierung weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld, bis die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abgegolten ist, maximal jedoch noch insgesamt für 180 Tage ab ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung und längstens bis zum vollendeten 70. Lebensjahr. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet.

Bei einem laufenden Leistungsfall wird das Taggeld ab der Pensionierung noch für maximal 180 Tage erbracht, höchstens jedoch bis zur vereinbarten Leistungsdauer.

7.4.8. Anrechnung bei Vertragsübernahme

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

7.4.9. Nachleistung

Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder im Zeitpunkt der Auflösung des Versicherungsvertrags 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

- a) bei Anspruch auf Freizügigkeit eines anderen Versicherers im Falle einer Vertragsübernahme,
- b) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Krankentaggeld- oder Erwerbsausfallversicherung des neuen Arbeitgebers,
- c) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des Referenzalters,
- d) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt. Für Grenzgänger ist das Wohnsitzland der Schweiz gleichgestellt,
- e) wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist,
- f) 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.

7.5. Leistungsbeschränkungen

7.5.1. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Leistungen besteht

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) bei Beteiligung an kriegesischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- c) bei Krankheiten als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- d) wenn die Gesundheitsschädigung infolge Einwirkung nicht ärztlich verordneter ionisierender Strahlen eintritt,
- e) wenn die versicherte Person während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz oder sein Wohnsitzland vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in sein Wohnsitzland,
- f) wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthalts erkrankt, bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in ihr Wohnsitzland. Diese Einschränkung gilt nicht für die Dauer eines unvermeidbaren Spitalaufenthalts oder für die Dauer der ärztlich attestierten Reiseunfähigkeit,
- g) wenn es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug kommt,
- h) bei Arbeitsunfähigkeiten infolge Operationen, welche nicht medizinisch indiziert sind (z. B. Schönheitsoperationen),
- i) wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen nicht zugelassenen Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde.

7.5.2. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- a) wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- b) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen eingereicht werden, wobei die Wartefrist dadurch nicht unterbrochen wird,
- c) bei Krankheiten als Folge von kriegesischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt.

7.5.3. Grobfahrlässigkeit

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

7.5.4. Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer zurückzuerstatten.

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

8.1. Pflichten im Schadenfall

Führt eine Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich zu Versicherungsleistungen, ist dies dem Versicherer spätestens innert fünf Tagen bzw. 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.

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

8.2. Schadenminderung

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

Die versicherte Person hat den Nachweis des Erwerbsausfalls zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten. Der Versicherer fordert die versicherte Person unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- bzw. Berufswechsel vorzunehmen.

Auf Verlangen des Versicherers oder des Versicherungsnehmers hat die versicherte Person:

- a) sich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen IV-Stelle anzumelden. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen, wenn die versicherte Person 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. Die Anordnung zur Untersuchung beim Vertrauensarzt gilt am siebten Tag nach der Nichtabholung bei der Post als zugestellt. Sofern sich die versicherte Person im Ausland aufhält oder dort ihren Wohnsitz hat, kann der Versicherer verlangen, dass die Untersuchung in der Schweiz stattfindet. Die dabei anfallenden Reisekosten gehen zu Lasten der versicherten Person.

8.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch beim Versicherer geltend gemacht wird, dem Versicherer 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 dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls bei anderen Versicherern Auskünfte einholen.

Die versicherte Person 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 oder Englisch verfasst sind und denen keine beglaubigte Übersetzung in eine dieser Sprachen beiliegt, werden auf Kosten der versicherten Person übersetzt, sofern der Versicherer dies verlangt.

8.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

Bleibt die versicherte Person einer durch den Versicherer angeordneten medizinischen Untersuchung unentschuldigt fern, behält sich der Versicherer das Recht vor, das Honorar für die nicht eingehaltene Konsultation der versicherten Person in Rechnung zu stellen.

8.5. Quellensteuer

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

9. Prämien und Zahlungen

9.1. Massgebliche Lohnsumme

Für die Prämienberechnung massgebend ist die im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme der versicherten Personen, jedoch höchstens der in der Police vereinbarte maximal versicherbare Verdienst pro Person und Jahr.

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

9.2. Prämienzahlung

9.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit

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.

In der Versicherungspolice kann die Prämie in einen vor- und einen nachschüssigen Prämienanteil aufgeteilt werden. Der daraus resultierende vorschüssige Prämienbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert, vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und bis zum in der Prämienrechnung festgehaltenen Fälligkeitstermin zu bezahlen. Der nachschüssige Prämienanteil ist per 31. Dezember des jeweiligen Versicherungsjahres zu bezahlen.

9.2.2. 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 Prämienbeiträge durch Einschätzung festlegen.

Die Schlussabrechnung besteht aus den folgenden Teilen:

- a) Prämienabrechnung
- b) Leistungsabrechnung
- c) Überschussabrechnung

In der Leistungsabrechnung werden bezahlte Leistungen aufgrund von berechtigten Leistungsforderungen aus dem selbständigen Forderungsrecht einer begünstigten Person gemäss Art. 95a VVG mit eingerechnet.

9.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

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

9.2.4. 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 bzw. 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 Vertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

9.2.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innerhalb einer Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, erfolgt durch den Versicherer eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innerhalb 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 Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch.

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

Wird die ausstehende Prämie oder Schlussabrechnung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

9.2.6. Anrechenbarer Versicherungsaufwand

Massgebend für die Bemessung des Versicherungsaufwandes sind die Verwaltungskosten und die gemäss dem Vertrag ausgerichteten Versicherungsleistungen, die in die Abrechnungsperiode fallen.

Diese werden wie folgt berücksichtigt:

- a) Prämienabrechnung
- b) Leistungsabrechnung
- c) Überschussabrechnung

Versicherungsleistungen, die nach der definitiven Prämienabrechnung erfolgen, werden der nächstmöglichen Abrechnungsperiode zugewiesen.

9.2.7. Regelung bei Vertragsende

Im Falle von selbständigen Forderungsrechten einer begünstigten Person gemäss Art. 95a VVG hat der Versicherungsnehmer bis zum Abschluss sämtlicher Schadenfälle inklusive bezahlter Leistungen basierend auf der letztgültigen Police jährlich eine Nachprämie zu entrichten. Die Nachprämie wird aufgrund von noch zu erwartenden Versicherungsleistungen zuzüglich einem reduzierten Verwaltungskostenbetrag festgelegt. Sie ist unabhängig von einem Übertritt zu einem neuen Versicherer geschuldet. Eine allfällige vereinbarte Brokercourtage entfällt auf diesen Prämienanteil. Die Nachprämie ist überschussbeteiligt.

Diese Regelung gilt so lange, bis der nachfolgende Versicherer oder der Versicherungsnehmer die pendenten Schadenfälle übernimmt.

9.2.8. Gefährdung der Zahlungsfähigkeit

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich, spätestens jedoch innert sieben Tagen, schriftlich zu informieren, sobald Umstände bekannt werden, welche die Erfüllung seiner Verpflichtungen aus diesem Versicherungsvertrag gefährden können. Dies gilt insbesondere bei ausbleibenden Lohnzahlungen, Liquiditätsengpässen, eingeleiteten Betreibungs- oder Vollstreckungsverfahren, drohender Zahlungsunfähigkeit oder vergleichbaren Umständen. In diesem Fall wird der für die laufende Versicherungsperiode geschuldete Prämienanteil mit sofortiger Wirkung fällig. Der Versicherer ist berechtigt, die ausstehende Prämie unterjährig und ohne Einhaltung der ordentlichen Abrechnungsfristen abzurechnen und einzufordern. Das Recht zur Verrechnung gemäss Ziff. 9.6.4 bleibt vorbehalten.

Im Übrigen kommen die Bestimmungen über den Zahlungsverzug gemäss Ziff. 9.2.5 dieser AVB zur Anwendung.

9.3. Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu Dritten kann der Versicherer Vorleistungen erbringen. Voraussetzung ist, dass die

9.4. Prämienbefreiung im Schadenfall

Der Lohn eines Taggeldbezügers ist nicht prämienpflichtig. Solange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht bzw. Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden, entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag.

Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlichen Minimalprämie gemäss Versicherungspolice.

9.5. Prämienanpassung

Der Versicherer hat das Recht, die Prämie infolge der Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft oder infolge der individuellen Schadenerfahrung des Einzelvertrages erstmals nach einer Vertragslaufzeit von zwei Monaten anzupassen. Nach einer Prämienanpassung kann eine weitere Anpassung jeweils frühestens nach drei Monaten erfolgen. Die letzte Prämienanpassung darf spätestens am 1. November in Kraft treten.

Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor deren Inkraftsetzung mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen seit Zugang der Mitteilung auf den Zeitpunkt der angekündigten Prämienanpassung hin zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

Die Prämienanpassung tritt zum in der Mitteilung angegebenen Zeitpunkt in Kraft; die angepasste Prämie wird jedoch für die laufende Überschussperiode angewendet und gilt insoweit rückwirkend ab deren Beginn.

Im Übrigen bleiben die Vertragsvereinbarungen sowie die Laufzeit des Versicherungsvertrages unverändert.

9.6. Überschussbeteiligung

Der Versicherungsnehmer wird jeweils nach einem vollen Versicherungsjahr (= Abrechnungsperiode) an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt.

Bei unterjährigen Verträgen mit Versicherungsbeginn bis und mit 30. Juni dauert die erste Überschussperiode bis zum Ende des ersten Kalenderjahres. Bei unterjährigen Verträgen mit Versicherungsbeginn ab dem 1. Juli verlängert sich die erste Überschussperiode bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt für bereits abgerechnete Vertragsperioden. Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages besteht ein Anspruch auf Überschussbeteiligung pro rata temporis.

Zur Ermittlung des Überschusses werden von der auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämie die erbrachten und ausstehenden Versicherungsleistungen sowie die in der Versicherungspolice festgelegten Risiko- und Verwaltungskosten abgezogen. Allfällige Regresszahlungen werden hinzugerechnet. Der Überschussanteil ist in der Versicherungspolice festgehalten.

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

Die Überschussabrechnung bildet einen integrierenden Teil der Schlussabrechnung nach Ziff. 9.2.2 und wird zum gleichen Zeitpunkt erstellt.

Werden nach erfolgter Abrechnung leistungspflichtige Krankheitsfälle nachgemeldet, so werden diese der nächsten Vertragsperiode zugeordnet. Handelt es sich bei den verspätet gemeldeten leistungspflichtigen Ereignissen um einen Umstand, aufgrund dessen ein Prämienzuschlag zu entrichten ist, so muss dieser rückwirkend vom Zeitpunkt an bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist, höchstens jedoch für zwei Jahre.

Werden nach erfolgter Abrechnung eines gekündigten Vertrages leistungspflichtige Krankheitsfälle nachgemeldet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen und für die der Versicherer leistungspflichtig ist, so wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt.

Werden nach erfolgter Abrechnung Dienstleistungen zur Übernahme nachgereicht, die der bereits abgeschlossenen Abrechnungsperiode zuzuordnen sind und für die eine Leistungspflicht besteht, so wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt.

Der Versicherer ist berechtigt, bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückzufordern.

9.7. Leistungserbringung

9.7.1. Erbringung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses erbracht. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, erfolgt die Erbringung des Taggelds monatlich nachschüssig.

Das Taggeld wird abgerechnet, solange die versicherte Person beim Versicherungsnehmer angestellt ist.

Im Rahmen der Nachleistung wird das Taggeld direkt an die versicherte Person ausbezahlt.

9.7.2. Erbringung des Geburtengeldes

Das Geburtengeld wird nach der Niederkunft aufgrund des Nachweises über die Leistungen nach EOG bzw. kantonalem Recht abgerechnet.

9.7.3. Erbringung Vaterschaftsentschädigung

Die Vaterschaftsentschädigung wird aufgrund des Nachweises über die Leistungen nach EOG bzw. kantonalem Recht abgerechnet.

9.7.4. Verrechnung

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

9.7.5. Verpfändung und Abtretung

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

9.7.6. Verjährung

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

9.8. Risiko- und Verwaltungskosten

Die im Versicherungsvertrag vereinbarten Risiko- und Verwaltungskosten sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert.

Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrags bleiben die Risiko- und Verwaltungskosten vollumfänglich geschuldet.

9.9. Minimalprämie

Die jährliche Minimalprämie wird in der Versicherungspolice festgelegt.

10. Leistungskoordination

10.1. Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung

10.1.1. 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.

Tage mit gekürzten Leistungen zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist 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.

10.1.2. Kürzungen im Bereich Sozialversicherungen

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

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

10.1.3. Kürzungen im Bereich Mehrfachversicherung

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

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bestehende oder neu abgeschlossene Taggeldversicherungen bei anderen unverzüglich mitzuteilen.

10.1.4. 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.

10.1.5. Überentschädigung

Eine Überentschädigung liegt vor, wenn die Gesamtheit der Leistungen des Versicherers, von Dritten und Sozialversicherungen die Höhe des versicherten Taggeldes übersteigt. In einem solchen Fall werden die Leistungen entsprechend gekürzt, und zu viel erbrachte Beträge können zurückgefordert oder mit Leistungen von Sozialversicherer direkt verrechnet werden, insbesondere mit der Eidgenössischen Invalidenversicherung.

Tage mit gekürzten Taggeldleistungen werden bei der Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist als volle Tage angerechnet.

10.1.6. Leistungsverzicht

Verzichtet eine versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht. Als Verzicht gelten auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruchs und die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung vom Versicherer nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

10.2. Vorleistungen und Regress

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

11. Datenschutz

11.1. Grundsatz

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

11.2. 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. Bei Vorliegen einer Einwilligung können bei Dritten (Versicherern, Ärzten, Spitälern etc.) Auskünfte eingeholt werden.

11.3. Datenweitergabe an Dritte

Den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird bei der Bearbeitung Rechnung getragen. Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit der Versicherungsträgerin oder durch Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung dazu berechtigt sind. Personendaten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ausgenommen sind Fälle, wo eine Datenweitergabe gesetzlich zulässig ist oder wenn die versicherte Person eingewilligt hat.

11.4. Aufbewahrung der Daten

Die Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht physisch und/oder elektronisch aufbewahrt und durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor unbefugten Zugriffen geschützt. Über die gesetzliche Aufbewahrungspflicht hinaus werden Personendaten nur aufbewahrt, wenn diese zur Durchsetzung und Verteidigung rechtlicher Ansprüche erforderlich sind.

Die Aufbewahrungsdauer richtet sich dabei u.a. nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder nach der Dauer, in welcher Ansprüche gegenüber den Versicherern geltend gemacht werden können. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht oder der ausserordentlichen Aufbewahrung werden die Personendaten vernichtet/gelöscht.

11.5. Auskunftsrecht

Die versicherte Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

11.6. Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

12. Mitteilungen

Mitteilungen des Versicherers 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 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.

13. Gerichtsstand

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