

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG

Kundeninformation und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

I. Kundeninformation zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	1
II. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	4
Grundlagen	4
1. Gegenstand der Versicherung	4
2. Grundlagen des Vertrages	4
3. Art der Versicherung	4
4. Definitionen	4
Beginn und Ende des Kollektivvertrages	5
5. Beginn und Ende des Kollektivvertrages	5
6. Kündigung des Kollektivvertrages	5
Umfang der Deckung	5
7. Versicherte Personen	5
8. Versicherter Lohn	6
9. Lohnnachgenuss	6
10. Örtlicher Geltungsbereich	6
Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	6
11. Beginn des Versicherungsschutzes	6
12. Ende des Versicherungsschutzes	7
13. Nachleistung	7
14. Übertritt in die Einzel-Taggeldversicherung	7
Leistungen	8
15. Leistungsvoraussetzungen	8
16. Anmeldung im Leistungsfall	8
17. Leistungsbeginn und Wartefrist	8
18. Leistungsdauer und Rückfall	8
19. Leistungsunterbruch	9
20. Auslandsaufenthalt	9
21. Ferien	9
22. Unbezahlter Urlaub	9
23. Einschränkungen der Versicherungsleistungen	10
24. Obliegenheiten und Schadenminderungspflicht im Leistungsfall	10
25. Verletzung der Obliegenheiten und der Schadenminderungspflicht	11
26. Berechnung und Auszahlung des Taggeldes	11
27. Leistungen während Mutterschaft	12
28. Geburtengeld und Vaterschaftsurlaub	12
29. Leistungen Dritter	12
30. Verpfändung und Abtretung von Leistungen, Regressrecht	12
Prämien	13
31. Grundlagen der Prämienberechnung	13
32. Prämienzahlung	13
33. Lohnsummendeklaration	13
34. Zahlungsverzug	13
35. Rückerstattung der Prämie	13
36. Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht	13
37. Versicherung mit Überschussbeteiligung	14
38. Änderung des Prämientarifes	14
39. Änderung des Prämienatzes und der Tarifierungsart	14

Schlussbestimmungen

15

- 40. Mitteilungen und Informationspflicht
- 41. Brokerklausel
- 42. Verzehensklausel
- 43. Datenschutz
- 44. Gerichtsstand

15
15
15
15
15

I. Kundeninformation zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Ihre Kollektiv-Taggeldversicherung im Überblick

In der vorliegenden Kundeninformation finden Sie die wichtigsten Versicherungsmerkmale Ihrer Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG mit Ihrem Vertragspartner Helsana Zusatzversicherungen AG, nachfolgend Helsana genannt. Diese Kundeninformation dient nur dem besseren Verständnis. Massgebend und rechtsverbindlich sind die unter Ziff. 2 der nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erwähnten Grundlagen des Vertrages.

Was beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

Wer ist versichert?

Als Arbeitgeber versichern Sie Ihre AHV-unterstellten Arbeitnehmenden gegen den Lohnausfall aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Welche Personen oder Personengruppen Sie versichert haben, entnehmen Sie bitte Ihrer Police.

Auch Selbständigerwerbende können sich und ihre mitarbeitenden Familienmitglieder versichern.

Was ist versichert?

Während einer ärztlich nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25%, verursacht durch Krankheit oder Schwangerschaftsbeschwerden, besteht ein Anspruch auf Taggelder.

Führt eine Krankheit zum Tod eines Arbeitnehmenden, so unterstützt Sie Helsana finanziell dabei, Ihrer gesetzlichen Pflicht des Lohnnachgenusses gemäss Obligationenrecht nachzukommen.

Optional können Sie werdenden Müttern und Vätern einen zusätzlichen Schutz bieten, indem Sie für Ihre Arbeitnehmenden das Geburtengeld und Vaterschaftsurlaub in Ergänzung zum EOG versichern.

Selbständigerwerbende und deren mitarbeitende Familienmitglieder, die nicht der AHV unterstehen, können das Unfallrisiko mitversichern.

Ihren individuell vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrer Police.

Versichertes Einkommen

Bei Arbeitnehmenden ist der letzte im versicherten Betrieb bezogene effektive AHV-Lohn bis zu einer Obergrenze gemäss Police versichert. Ein allfälliger Bonus, eine Tantieme oder eine variable Vergütung (beispielsweise Provisionen, Zulagen) sind mitversichert, wenn sie AHV-pflichtig sind.

Selbständigerwerbende und deren Familienmitglieder, die nicht der AHV unterstehen, vereinbaren eine Versicherungssumme.

Erweiterte Dienstleistungen

Zusätzlich kann ein Präventionsbudget miteingeschlossen werden.

Für das Präventionsbudget gelten die dazugehörigen AGB als Teil des Versicherungsvertrags. Dieses Budget kann für präventive Massnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheit genutzt werden und steht jährlich zur Verfügung. Nicht ausgeschöpftes Budget verfällt am Jahresende.

Was müssen Sie hinsichtlich der Dauer des Vertrages und der Leistungen wissen?

Vertragsdauer

Der Vertrag wird in der Regel für drei Jahre abgeschlossen. Danach verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht ein Vertragspartner spätestens drei Monate vor Vertragsablauf eine Kündigung erhalten hat.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz setzt für die einzelne versicherte Person an dem Tag ein, an dem das Arbeitsverhältnis beginnt, frühestens jedoch an dem in der Police aufgeführten Vertragsbeginn.

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag erlischt in folgenden Situationen:

- bei Beendigung des Kollektivvertrages;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- mit Vollendung des 70. Altersjahres;
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Von dieser Einschränkung ausgenommen sind versicherte Personen, welche weiterhin den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer ist in der Police ersichtlich und umfasst längstens 730 Tage. Wartefristen werden an die Leistungsdauer angerechnet, sofern aus der Police keine andere Vereinbarung hervorgeht. Mit Erreichen des AHV-Referenzalters gilt eine verkürzte Leistungsdauer von insgesamt 180 Tagen.

Was ist zu beachten und welche Pflichten ergeben sich aus dem Vertrag?

Ihre Pflichten als Arbeitgeber

Bitte informieren Sie Ihre Mitarbeitenden über die wesentlichen Vertragsinhalte, über Änderungen sowie über die Vertragsauflösung. Dazu gehört auch der Hinweis auf deren Pflichten im Leistungsfall.

Sie sind zudem gesetzlich verpflichtet, Ihre Mitarbeitenden über das Übertrittsrecht in die Einzel-Taggeldversicherung und die dreimonatige Frist zu informieren. Ein Übertritt ist ohne Gesundheitsprüfung möglich. Die Ausnahmen dazu finden Sie in Ziff. 14.6 der AVB.

Die von Helsana ausgerichteten Taggeldleistungen stehen den arbeitsunfähigen Mitarbeitenden zu und sind entsprechend weiterzuleiten. Unterliegen die Taggelder der Quellensteuer, sind Sie als Arbeitgeber für die gesetzeskonforme Abrechnung und fristgerechte Ablieferung verantwortlich.

Macht eine versicherte Person ihr direktes Forderungsrecht geltend oder scheidet während des Leistungsfalls aus, erfolgt die Auszahlung direkt an sie. In diesen Fällen übernimmt Helsana die Ablieferung der Quellensteuer.

Die Prämien sind fristgerecht zu bezahlen, um tiefe Kosten und eine lückenlose Deckung sicherzustellen. Bitte reichen Sie zudem die vollständige und wahrheitsgetreue Lohnsummendeklaration jeweils bis spätestens zum 31. Januar des laufenden Jahres ein.

Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen Ihres Geschäftsdomizils, Ihrer Zustelladresse, Ihrer Betriebsart, der Besitzverhältnisse oder über Übernahmen von Unternehmen beziehungsweise Betriebsteilen.

Anmeldung im Leistungsfall

Die Krankheitsfälle sind spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit an Helsana zu melden. Bitte vergessen Sie nicht, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis einzureichen. Der Leistungsanspruch kann sich verkürzen oder ganz verfallen, wenn Sie die Krankheit später melden oder die versicherte Person über kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis verfügt.

Die wichtigsten Pflichten der versicherten Person

Ein Leistungsanspruch besteht nur, solange sich die versicherte Person spätestens fünf Tage nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit der medizinisch notwendigen Behandlung unterzieht und die Anweisungen des medizinischen Personals befolgt. Zudem muss monatlich ein ärztliches Zeugnis eingereicht werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat andauert.

Die versicherte Person ist auch verpflichtet, Helsana sämtliche Angaben zu machen, die zur Abklärung des Leistungsanspruches sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt werden.

Reist eine versicherte Person ins Ausland zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft, ist Helsana mindestens fünf Tage vor Abreise zu informieren. Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person Ferien während der Arbeitsunfähigkeit plant.

Pflichtverletzung durch die versicherte Person

Die Versicherungsleistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person die Pflichten verletzt. Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie kein Verschulden trifft.

Wie schützt Helsana meine Daten?	Datenschutz Die versicherten Personen geniessen den vollen Schutz des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und der Datenschutzrichtlinien von Helsana. Die Datenschutzerklärung der Helsana Zusatzversicherungen AG ist auf helsana.ch/datenschutz abrufbar oder kann beim Kundenservice angefordert werden.
Wichtige Hinweise	Freizügigkeitsabkommen Helsana hat das Freizügigkeitsabkommen des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV und von santésuisse unterzeichnet. Genauere Informationen dazu finden Sie auf der Website des SVV. Haben versicherte Personen aufgrund dieses Freizügigkeitsabkommens Anspruch auf günstigere Bedingungen als die der nachfolgenden AVB, so gelten diese.

II. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Grundlagen

Die Helsana Zusatzversicherungen AG erbringt die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den versicherten Personen und wird als «Helsana» bezeichnet.

1. Gegenstand der Versicherung

Die Kollektiv-Taggeldversicherung der Helsana gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen.

2. Grundlagen des Vertrages

Als Grundlagen des Vertrages gelten:

- 2.1 die Police;
- 2.2 die im Versicherungsantrag und in allfälligen Gesundheitsdeklarationen aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers beziehungsweise der versicherten Person;
- 2.3 die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachfolgend AVB genannt;
- 2.4 besondere Abreden beziehungsweise Vereinbarungen, soweit diese von Helsana in der Police als besondere Versicherungsbedingungen (BVB) bestätigt worden sind;
- 2.5 die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) von in der Police aufgeführten, zusätzlich eingeschlossenen Präventionsleistungen;
- 2.6 das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

3. Art der Versicherung

- 3.1 Die Art der Versicherung ist in der Police ersichtlich. Es kann sich um eine Schadenversicherung nach Ziff. 3.2 oder eine Summenversicherung nach Ziff. 3.3 handeln.
- 3.2 Schadenversicherung ist diejenige Versicherung, bei welcher im Leistungsfall nur der tatsächlich entstandene und konkret nachweisbare Schaden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme vergütet wird.
- 3.3 Summenversicherung ist diejenige Versicherung, bei welcher im Leistungsfall die in der Police vereinbarte Versicherungssumme in Abhängigkeit mit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit vergütet wird. Der Nachweis für den tatsächlich entstandenen Schaden entfällt.

4. Definitionen

- 4.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 4.2 Unfall ist 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. Die im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.
- 4.3 Eine Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 4.4 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. Nach sechs Monaten wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.
- 4.5 Ein Leistungsfall entsteht aufgrund einer krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. Jede weitere Arbeitsunfähigkeit während eines Leistungsfalles begründet keinen neuen Leistungsfall.
- 4.6 Als Arzt gilt jeder in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Arzt, Zahnarzt und Chiropraktor mit einem eidgenössischen oder einem entsprechenden ausländischen Diplom. Als Arzt im Ausland gilt der zur Berufsausübung ermächtigte Inhaber eines gleichwertigen Fähigkeitsausweises.

Beginn und Ende des Kollektivvertrages

5. Beginn und Ende des Kollektivvertrages

- 5.1 Der Kollektivvertrag beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Deckungszusage oder Annahmebestätigung von Helsana angegebenen Datum.
- 5.2 Der Kollektivvertrag verlängert sich bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern keine fristgerechte Vertragskündigung erfolgt.
- 5.3 Der Kollektivvertrag endet bei:
 - a) Kündigung;
 - b) Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland oder
 - c) Einstellung des Betriebes.

6. Kündigung des Kollektivvertrages

- 6.1 Der Kollektivvertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder durch Helsana erstmals auf Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und danach auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Hauptverfall. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus bei Helsana beziehungsweise beim Versicherungsnehmer eintreffen.
- 6.2 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Kollektivvertrag jeweils zu kündigen, wenn Helsana eine Entschädigung für einen Leistungsfall erbringt. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und spätestens 14 Tage nach Kenntnis der letzten Auszahlung eines Leistungsfalles bei Helsana eintreffen. Der Kollektivvertrag erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung bei Helsana.
- 6.3 Helsana verzichtet ihrerseits auf dieses Kündigungsrecht. Der Kündigungsverzicht durch Helsana gilt nicht im Falle eines versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrugs, einer Urkundenfälschung oder wenn bei Vertragsabschluss eine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde.

Umfang der Deckung

7. Versicherte Personen

- 7.1 Versichert sind die in der Police aufgeführte Personengruppen und namentlich erwähnten Personen.

Arbeitnehmende

- 7.2 Arbeitnehmende sind versichert, wenn:
 - zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeitsverhältnis besteht und
 - sie aufgrund ihrer unselbständigen Erwerbstätigkeit der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) unterstellt sind.

Lernende sind den Arbeitnehmenden gleichgestellt.

- 7.3 Arbeitnehmende, welche bei Erreichen des gesetzlichen AHV-Referenzalters nach AHVG beziehungsweise bei ihrer Einstellung nach Erreichen des Referenzalters voll arbeitsfähig sind, bleiben bis zur Vollendung des 70. Altersjahres versichert.

Für sie gilt eine verkürzte Leistungsdauer gemäss Ziff. 18.2.

Selbstständigerwerbende

- 7.4 Bei Selbstständigerwerbenden und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht der AHV unterstehen, muss die Aufnahme in die Versicherung mittels Gesundheitsdeklaration einzeln beantragt werden. Hinsichtlich des Erreichens des AHV-Referenzalters gelten dieselben Bestimmungen wie in Ziff. 7.3.

Nicht versicherte Personen

- 7.5 Nicht versichert sind Personen, die:
 - a) ohne direktes Arbeitsverhältnis für den Versicherungsnehmer tätig sind, wie ausgeliehenes Personal, Auftragnehmer, sowie nicht angestellte Organe des Versicherungsnehmers;
 - b) ihren Wohnsitz im Ausland haben und in der Schweiz angestellt, aber aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommen mit der europäischen Union (EU) oder der EFTA-Konvention nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

8. Versicherter Lohn

Arbeitnehmende

- 8.1 Bei Arbeitnehmenden ist der effektive AHV-Lohn bis zum höchstversicherten Jahreslohn pro Person gemäss Police versichert. Gedeckt ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz des versicherten Lohnes.

Sind im versicherten Betrieb Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe gleichzeitig als Arbeitnehmende tätig, sind auch die im AHV-Lohn enthaltenen Entgelte in Form von Verwaltungsratshonoraren, Tantiemen, festen Entschädigungen und Sitzungsgeldern versichert.

- 8.2 Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskasse sind mitversichert. Für diese beginnt der Leistungsanspruch nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist, frühestens aber ab dem fünften Kalendermonat.
- 8.3 AHV-pflichtige Entschädigungen, die anlässlich der Beendigung des Arbeitsverhältnisses vereinbart und ausbezahlt werden, sind vom versicherten Lohn ausgeschlossen.

Selbstständigerwerbende

- 8.4 Bei Selbstständigerwerbenden und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht der AHV unterstehen, ist maximal die in der Police vereinbarte Versicherungssumme versichert.
- 8.5 Bei einer Schadenversicherung gemäss Ziff. 3.2 besteht ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen des nachgewiesenen Erwerbsausfalls.

Bei einer Summenversicherung gemäss Ziff. 3.3 besteht ein Anspruch auf die in der Police vereinbarte Versicherungssumme in Abhängigkeit mit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Sofern vertraglich vereinbart, werden allfällige Leistungen Dritter gemäss Ziff. 28 angerechnet.

9. Lohnnachgenuss

Helsana beteiligt sich am vom Versicherungsnehmer gemäss Art. 338 Abs. 2 OR geschuldeten Lohnnachgenuss, wenn eine versicherte Person infolge Krankheit stirbt. Die Höhe der Entschädigung entspricht dem AHV-Lohn gemäss Arbeitsvertrag, höchstens jedoch dem maximal versicherten Lohn pro Person und Jahr gemäss Police. Im Falle von arbeitsvertraglich vereinbarten, von Art. 338 Abs. 2 OR abweichenden Leistungen gegenüber dem Arbeitnehmenden bleibt der Versicherungsnehmer für die Differenz leistungspflichtig.

10. Örtlicher Geltungsbereich

- 10.1 Die Versicherung gilt weltweit.
- 10.2 Bei Aufenthalten ausserhalb der Schweiz in Staaten, die nicht der europäischen Union (EU) oder der europäischen Freihandelszone (EFTA) angehören, werden nur Leistungen erbracht, wenn ein Spitalaufenthalt medizinisch notwendig ist, und nur so lange, wie die Rückkehr in die Schweiz nicht möglich ist.
- 10.3 Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmende fallen die in Ziff. 10.2 genannten Voraussetzungen weg. Der Versicherungsschutz für Entsandte bleibt aufrechterhalten, solange die obligatorische Versicherungsdeckung gemäss UVG und KVG gegeben ist. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen gemäss Ziff. 7.2 und 7.3.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

11. Beginn des Versicherungsschutzes

Arbeitnehmende

- 11.1 Der Versicherungsschutz setzt für die einzelne versicherte Person an dem Tag ein, an dem das Arbeitsverhältnis beginnt, frühestens jedoch an dem in der Police aufgeführten Vertragsbeginn.
- 11.2 Personen, welche bei Beginn des Arbeitsverhältnisses wegen einer Krankheit oder eines Unfalles nicht oder nur teilweise arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind.
- 11.3 Arbeitnehmende, die aufgrund ihrer Teilinvalidität eine Invalidenrente beziehen und im versicherten Betrieb einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, müssen bei Beginn des Versicherungsschutzes für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

Für eine vorübergehende oder dauernde Verschlimmerung des Leidens, das zur Teilinvalidität führte, werden die Leistungen maximal 180 Tage pro Leistungsfall erbracht. Führt die Verschlimmerung zu einer Rentenerhöhung der Invalidenversicherung, werden die Leistungen gemäss Ziff. 29 gekürzt.

Selbstständigerwerbende

- 11.4 Für Selbstständigerwerbende und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht der AHV unterstehen, beginnt der Versicherungsschutz mit dem in der Police aufgeführten Datum.

12. Ende des Versicherungsschutzes

- 12.1 Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Kollektivvertrages.
- 12.2 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person:
- a) mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis;
 - b) mit der Vollendung des 70. Altersjahres für diejenigen versicherten Personen, welche im Sinne von Ziff. 7.3 und 7.4 weiter versichert waren;
 - c) mit dem Tod der versicherten Person oder
 - d) mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Von dieser Einschränkung ausgenommen sind Arbeitnehmende, welche weiterhin den schweizerischen Sozialversicherungen unterstehen.

13. Nachleistung

- 13.1 Für versicherte Personen, die bei Ende des Versicherungsschutzes arbeitsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Leistungsfall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung.

Einschränkungen der Nachleistung

- 13.2 Die Nachleistung gemäss Ziff. 13.1 kommt nicht zur Anwendung:
- a) wenn der Vertrag bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird, der aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung der Taggeldzahlungen gewährleisten muss;
 - b) wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis gehandelt hat, ausgenommen davon sind Lehrverträge;
 - c) bei einem Rückfall gemäss Ziff. 17.3;
 - d) wenn das AHV-Referenzalter erreicht ist, sofern vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit keine Weiterbeschäftigung über das AHV-Referenzalter hinaus schriftlich vereinbart wurde, oder
 - e) wenn das 70. Altersjahr vollendet ist.

Bei Selbstständigerwerbenden und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht der AHV unterstehen, kommt die Nachleistung gemäss Ziff. 13.1 zudem nicht zur Anwendung, wenn sie die Geschäftstätigkeit aus wirtschaftlichen Gründen aufgeben, die nicht im Zusammenhang mit der versicherten Arbeitsunfähigkeit stehen.

14. Übertritt in die Einzel-Taggeldversicherung

- 14.1 Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert drei Monaten nach Austritt ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzel-Taggeldversicherung nach VVG der Helsana überzutreten. Das gleiche Recht steht den versicherten Personen zu, wenn der Kollektivvertrag dahinfällt. Der Übertritt muss schriftlich beantragt werden. Die Einzel-Taggeldversicherung beginnt einen Tag nach dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise nach Beendigung des Kollektivvertrages.
- 14.2 Der Versicherungsnehmer hat die versicherte Person bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses über das Übertrittsrecht in die Einzel-Taggeldversicherung und die Frist von drei Monaten aufzuklären. Die gleiche Pflicht gilt auch bei Auflösung des Kollektivvertrages.
- 14.3 Erhält die versicherte Person eine Nachleistung gemäss Ziff. 13.1, beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch Helsana.
- 14.4 Die Übertretenden haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Massgebend für den neuen Vertrag sind jedoch die Bestimmungen und Tarife der Einzel-Taggeldversicherung. Der letzte versicherte Lohn gilt als Basis für die Berechnung des versicherten Lohnes in der Einzel-Taggeldversicherung. Das Taggeld kann in dem Mass reduziert werden, wie die Erwerbstätigkeit herabgesetzt oder ein tieferer Verdienst erzielt wird. Bei arbeitslosen Personen gemäss Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (nachfolgend AVIG genannt) ist der Betrag, der aus der Arbeitslosenentschädigung resultieren würde, oder der maximal versicherbare Lohn in der Einzel-Taggeldversicherung versicherbar. Die Wartefrist kann auf Wunsch verlängert oder auf minimal 30 Tage verkürzt werden.

Summenversicherung

- 14.5 Bei einer Summenversicherung gemäss Ziff. 3.3 wird das Taggeld in der Einzel-Taggeldversicherung an das effektive Einkommen angepasst und in eine Schadenversicherung umgewandelt.

Einschränkungen des Übertrittsrechts

- 14.6 Keine Freizügigkeit beziehungsweise kein Übertrittsrecht besteht für versicherte Personen:
- a) die im Ausland wohnen, ausser sie unterstehen weiterhin den schweizerischen Sozialversicherungen;
 - b) die mit einem befristeten Arbeitsvertrag angestellt sind, ausser die Person gilt als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG;
 - c) wenn das Arbeitsverhältnis während der Probezeit aufgelöst worden ist, ausser die Person gilt als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG;
 - d) die das AHV-Referenzalter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden;
 - e) wenn die Leistungsdauer aus dem Kollektivvertrag für eine volle Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Arbeitsvertrages erschöpft ist;
 - f) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Kollektiv-Taggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers;
 - g) bei betrügerischer Begründung eines Versicherungsanspruchs (Art. 40 VVG) oder
 - h) bei Auflösung des Kollektivvertrages und Weiterführung bei einem anderen Versicherer, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.

Leistungen

15. Leistungsvoraussetzungen

- 15.1 Die versicherte Person hat in der Schadenversicherung gemäss Ziff. 3.2 den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.
- 15.2 Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
- 15.3 Bei Teilinvaliden oder Arbeitnehmenden, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, bemisst sich die Arbeitsunfähigkeit nach dem Grad der Unfähigkeit, die bisherige Teilzeitbeschäftigung weiter auszuüben.
- 15.4 Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

16. Anmeldung im Leistungsfall

Die Ansprüche auf Taggeldleistungen sind, unabhängig von den Wartezeiten, spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bei Helsana geltend zu machen.

Im Anschluss an die Krankmeldung ist immer ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis eines Arztes im Sinne von Ziff. 4.6 einzureichen.

Trifft die Krankmeldung später ein, so beginnt die Leistungspflicht mit dem Tag des Eingangs der Meldung. Die Leistungsdauer beginnt jedoch mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu laufen.

17. Leistungsbeginn und Wartezeit

- 17.1 Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartezeit. Wenn in der Police nicht anders vereinbart, gilt diese pro Leistungsfall.
- 17.2 Die Wartezeit beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch fünf Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage.
- 17.3 Sofern die Unfallversicherung gemäss UVG bei der Helsana Unfall AG geführt wird, rechnet Helsana bei einer Fallübertragung von einem arbeitsunfähigkeitsbedingten Unfall auf Krankheit maximal 30 Tage der Wartezeit an.

18. Leistungsdauer und Rückfall

- 18.1 Helsana leistet das Taggeld pro Leistungsfall längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer. Wartezeiten werden an die Leistungsdauer angerechnet, sofern aus der Police keine andere Vereinbarung hervorgeht. Weitere Arbeitsunfähigkeiten während eines Leistungsfalles begründen keinen neuen Leistungsfall. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% zählen als ganze Tage.
- 18.2 Für versicherte Personen, die bei Beginn des Leistungsfalles eine Altersrente der AHV beziehen, jedoch spätestens mit Erreichen des AHV-Referenzalters gilt eine Leistungsdauer von insgesamt 180 Tagen anstelle der in der Police aufgeführten Leistungsdauer.

Rückfall

- 18.3 Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Folgen eines Unfalles gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartezeit als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall während mindestens 365 aufeinanderfolgenden Tagen wegen dieser Krankheit oder den Folgen dieses Unfalles nicht arbeitsunfähig war.

Bei einem Rückfall innerhalb von 365 Tagen entfällt die bereits bestandene Wartezeit und bereits erbrachte Taggelder werden zur Berechnung der maximalen Leistungsdauer angerechnet.

Erschöpfung der Leistungsdauer

- 18.4 Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer für einen Leistungsfall ist die versicherte Person für diesen Fall ausgesteuert. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bleibt versichert, wenn eine Anstellung im Rahmen dieser Restarbeitsfähigkeit vorhanden ist.

Bei namentlich in der Police aufgeführten Personen wird die bisher vereinbarte Versicherungssumme entsprechend dem Grad der Restarbeitsfähigkeit herabgesetzt.

- 18.5 Tritt nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer eine Krankheit auf, die nicht zur Erschöpfung geführt hat, so besteht für diese nur Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person zuvor ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiedererlangt hat und nur im Umfang der durch die neue Krankheit bedingten zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit.

- 18.6 Die versicherte Person kann die Erschöpfung der Leistungsdauer nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf Leistungen verzichtet.

Summenversicherung

- 18.7 In Ergänzung zu Ziff. 18.4 wird bei einer Summenversicherung gemäss Ziff. 3.3 die vereinbarte Versicherungssumme nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer im Verhältnis zum zuletzt massgebenden Grad der Arbeitsunfähigkeit herabgesetzt. Bei 100% Arbeitsunfähigkeit wird die Versicherung für die betreffende Person aufgehoben.

19. Leistungsunterbruch

Kommt es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug, so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet. Die nicht entschädigten Tage werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet. Das Gleiche gilt bei Unterbruch des Leistungsanspruchs infolge Verletzung der Obliegenheiten, Leistungssperre mangels Prämienzahlung oder Auslandsaufenthalt.

20. Auslandsaufenthalt

- 20.1 Begibt sich die versicherte Person ohne vorgängige Information an Helsana ins Ausland zur Behandlung, Pflege, oder Niederkunft, werden keine Leistungen erbracht. Ausgenommen davon sind Grenzgänger mit einer gültigen Grenzgängerbewilligung G. Sie dürfen sich im Land ihres Wohnsitzes behandeln lassen.

- 20.2 Zur Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs während eines Leistungsfalles informiert die versicherte Person Helsana schriftlich mindestens fünf Tage im Voraus über eine Abreise ins Ausland. Zusätzlich ist eine ärztliche Bestätigung einzureichen, die besagt, dass der Auslandsaufenthalt den Heilungsverlauf nicht gefährdet. Helsana kann nach Analyse der Umstände Versicherungsleistungen während eines begrenzten Zeitraums entrichten.

Bei Missachtung dieser Bestimmungen entfällt der Leistungsanspruch während des Auslandsaufenthalts. Die nicht entschädigten Tage werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet.

21. Ferien

Ein Bezug von regulären Ferientagen während der Arbeitsunfähigkeit ist möglich, wenn der zuständige Arzt die Ferienfähigkeit attestiert hat. Während der Dauer des Ferienbezuges wird der Anspruch auf Versicherungsleistungen unterbrochen. Die Tage des Unterbruchs werden nicht an die Leistungsdauer angerechnet.

22. Unbezahlter Urlaub

Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber während sieben Monaten nach Ende des Lohnanspruchs. Während der vorgesehenen Dauer des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, rechnet Helsana die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur ursprünglich beabsichtigten Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit an die Wartefrist und die Leistungsdauer an. Es gelten die Obliegenheiten und die Schadenminderungspflicht gemäss Ziff. 24.

23. Einschränkungen der Versicherungsleistungen

23.1 Keine Versicherungsleistungen werden erbracht:

- a) bei Gesundheitsschäden infolge von Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen sind Schädigungen durch medizinische Behandlungen;
- b) bei Arbeitsunfähigkeiten infolge von Operationen, die nicht medizinisch indiziert sind (zum Beispiel Schönheitsoperationen);
- c) bei Folgen von kriegesischen Ereignissen
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, versicherte Personen erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen ab dem erstmaligen Auftreten solcher Ereignisse in dem Land, in dem sie sich aufhalten, und sie sind dort vom Ausbruch der kriegesischen Ereignisse überrascht worden.

23.2 Ist das Unfallrisiko mitversichert, werden zusätzlich zu Ziff. 23.1 keine Versicherungsleistungen bei aussergewöhnlichen Gefahren und deren Folgen erbracht. Als solche gelten insbesondere:

- a) Folgen kriegesischer Ereignisse
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem die versicherte Person sich aufhält und dort vom Ausbruch kriegesischer Ereignisse überrascht worden ist;
- b) Erdbeben in der Schweiz;
- c) Teilnahme an Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen; es sei denn, die versicherte Person lege glaubhaft dar, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- d) ausländischer Militärdienst;
- e) Teilnahme an Terrorakten;
- f) Beteiligung an Raufereien und Schlägereien;
- g) Unfälle bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens;
- h) Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art; versichert sind jedoch Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls. Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit für den versicherten Betrieb sind ebenfalls mitversichert, sofern sie eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung begründen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des UVG;
- i) Bei Wagnissen werden die Versicherungsleistungen um mindestens die Hälfte gekürzt oder sogar gänzlich verweigert. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die

Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind.

- 23.3 Helsana verzichtet auf das ihr zustehende Recht, Versicherungsleistungen bei Grobfahrlässigkeit zu kürzen. Für Leistungskürzungen anderer Versicherer besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

24. Obliegenheiten und Schadenminderungspflicht im Leistungsfall

- 24.1 Die versicherte Person hat eine Mitwirkungspflicht bei der Abwicklung eines Leistungsfall.

Obliegenheiten

- 24.2 Ein ärztliches Zeugnis ist bis zur nächsten Arztkonsultation, jedoch längstens für einen Monat gültig.

Dauert der Leistungsfall länger als einen Monat, ist Helsana monatlich ein ärztliches Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ohne persönliche Arztkonsultation werden für maximal fünf Tage akzeptiert.

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse werden nur akzeptiert, wenn diese durch Ärzte gemäss Ziff. 4.6 ausgestellt wurden. Rückwirkende Arztzeugnisse werden für höchstens fünf Tage akzeptiert.

- 24.3 Spätestens fünf Tage nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hat die versicherte Person einen Arzt beizuziehen, der für eine fachärztliche Behandlung sorgt.

Zudem ist sie verpflichtet, sich auf Kosten von Helsana den von ihr als nötig erachteten zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen oder Begutachtungen zu unterziehen.

- 24.4 Die versicherte Person muss Helsana sämtliche Angaben machen, die sie zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt. Insbesondere kann die versicherte Person dazu verpflichtet werden, zusätzliche Belege und Auskünfte einzureichen sowie zuhänden von Helsana medizinische Berichte und ärztliche Zeugnisse zu besorgen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht notwendig sind. Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte, die nicht auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch verfasst sind und denen keine beglaubigte Übersetzung in einer dieser Sprachen beiliegt, werden auf Kosten der versicherten Person übersetzt. Auch ist Helsana berechtigt, Versichertenbesuche durchzuführen.

- 24.5 Die versicherte Person hat unter anderem Ärzte, Spitäler, weitere medizinische Leistungserbringer, Dienstleister, Behörden, Versicherungsgesellschaften oder -einrichtungen, insbesondere die Invalidenversicherung und die berufliche Vorsorgeeinrichtung, von ihrer Schweigepflicht gegenüber Helsana zu entbinden.

- 24.6 Zur Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs während eines Leistungsfalles hat die versicherte Person jederzeit ihre Erreichbarkeit sicherzustellen. Sie hält sich auch für durch Helsana angeordnete medizinische Massnahmen und Untersuchungen zur Verfügung und stellt die ununterbrochene, notwendige fachärztliche Behandlung sicher.
- 24.7 Ist für die Abklärung des Anspruchs die Prüfung des Geschäftsgangs notwendig, hat der Versicherungsnehmer Helsana oder einem von Helsana beauftragten Dritten Einsicht in die Geschäftsbücher und die in diesem Zusammenhang stehenden Belege zu gewähren.
- 24.8 Helsana macht die Leistung davon abhängig, ob der Fall den übrigen betroffenen Versicherungen, insbesondere der Eidgenössischen Invalidenversicherung, gemeldet wird.

Ab dem 365. Tag seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit können die Taggeldleistungen um den Betrag der maximalen einfachen Invalidenrente gekürzt werden.

Schadenminderungspflicht

- 24.9 Die versicherte Person hat alles zu unternehmen, was die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit fördert, und alles zu unterlassen, was den Heilungsverlauf gefährdet.
- 24.10 Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Arbeitsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Helsana kann die versicherte Person zu einem Berufswechsel auffordern und ein Übergangstaggeld ausrichten.
- 24.11 Die Aufforderung zu einem Stellenwechsel in angestammter Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber entspricht nicht einem Berufswechsel und kann einen Anspruch auf ein Übergangstaggeld auslösen.

25. Verletzung der Obliegenheiten und der Schadenminderungspflicht

- 25.1 Kommt die versicherte Person den gesetzlich oder vertraglich festgelegten Obliegenheiten und der Schadenminderungspflicht gemäss der vorstehenden Ziff. 24 nicht nach oder hält sie die im Mahnschreiben genannte Frist nicht ein, werden die Versicherungsleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert. Tage mit gekürztem oder keinem Leistungsanspruch werden an die Leistungsdauer angerechnet.
- 25.2 Die Folgen gemäss Ziff. 25.1 gelten ausserdem, wenn sich eine versicherte Person einer durch Helsana angeordneten Untersuchung, einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Berufsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt.

- 25.3 Die versicherte Person verliert ihren Leistungsanspruch, wenn sie allfällige Anmeldungen, die sie gegenüber den übrigen betroffenen Versicherungen geltend gemacht hat, wieder zurückzieht oder auf deren Leistungen verzichtet.
- 25.4 Bleibt eine versicherte Person unentschuldigt dem Termin einer von Helsana angeordneten Untersuchung fern, kann Helsana die dadurch entstandenen Kosten der versicherten Person direkt in Rechnung stellen oder mit einer fälligen Taggeldforderung verrechnen.
- 25.5 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sie kein Verschulden trifft oder dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der von Helsana geschuldeten Leistungen gehabt hat.

26. Berechnung und Auszahlung des Taggeldes

Berechnung

- 26.1 Als Grundlage für die Berechnung der Taggelder gilt der letzte vor dem Beginn des Leistungsfalles oder vor dem Rückfall gemäss Ziff. 18.3 bezogene Lohn.

Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt.

Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder generelle Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn diese vor Eintritt des Leistungsfalles oder vor dem Rückfall gemäss Ziff. 18.3 schriftlich vereinbart worden sind.

Zwingende Lohnerhöhungen aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV) werden berücksichtigt.

- 26.2 Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365.

Auszahlung

- 26.3 Die Versicherungsleistung wird spätestens vier Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, in dem Helsana die für die Feststellung ihrer Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat. Bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit zahlt Helsana auf Verlangen das aufgelaufene Taggeld in Teilbeträgen aus, jedoch höchstens einmal im Monat.
- 26.4 Die Leistungsauszahlungen erfolgen, wo nicht etwas anderes vereinbart ist, an den Versicherungsnehmer. Vorbehalten bleibt das selbständige Forderungsrecht der versicherten Personen nach VVG.

Quellensteuer

- 26.5 Dem Versicherungsnehmer werden die der Quellensteuer unterliegenden Leistungen ungekürzt überwiesen. Dieser hat für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer zu sorgen.

- 26.6 Erfolgt die Leistungsauszahlung direkt an die versicherte Person, werden die der Quellensteuer unterliegenden Leistungen gekürzt überwiesen. Die Ablieferung der Quellensteuer an die Steuerbehörde erfolgt durch Helsana.

27. Leistungen während Mutterschaft

Die Leistungspflicht bei Krankheit und Unfall ruht während acht Wochen nach der Geburt. Falls die versicherte Person der Arbeit bis zur 16. Woche nach der Geburt auf eigenen Wunsch fernbleibt, gilt das Ruhen der Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt. Vorbehalten bleibt die Versicherungsdeckung des Geburtengeldes im Sinne von Ziff. 28.

28. Geburtengeld und Vaterschaftsurlaub

Geburtengeld

- 28.1 Ist ein Geburtengeld vereinbart, geht die Leistung von Helsana aus der Police hervor.
- 28.2 Der Leistungsanspruch beginnt mit der Auszahlung der Mutterschaftsleistungen nach EOG. Die Leistungsdauer kann nicht unterbrochen werden und ein gleichzeitiger Anspruch auf Krankentaggeld ist ausgeschlossen. Im Übrigen gelten die Anspruchsvoraussetzungen gemäss EOG. Bezüglich Überentschädigung gilt Ziff. 29.1. Davon ausgenommen sind kantonale zusätzliche Mutterschaftsleistungen, die nicht dieser Überentschädigungsbestimmung unterstehen.

Die Auszahlung des Geburtengeldes wird verlängert, wenn die Bezugsdauer der Mutterschaftsleistungen gemäss Erwerbsersatzgesetz (EOG) bei einem Spitalaufenthalt des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt verlängert wird. Die Dauer der Verlängerung entspricht der Dauer der Zahlungen gemäss EOG, jedoch können maximal 22 Wochen Geburtengeld bezogen werden.

- 28.3 Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person bei der Geburt mindestens 270 aufeinanderfolgende Tage bei Helsana oder einem Vorversicherer für das Geburtengeld versichert war.

Vaterschaftsurlaub

- 28.4 Ist ein Geburtengeld vereinbart, können auch Leistungen im Rahmen des Vaterschaftsurlaubes eingeschlossen werden. Sind diese vereinbart, gehen sie aus der Police hervor.

29. Leistungen Dritter

- 29.1 Als Leistungen Dritter gelten unter anderem Leistungen von in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherungen – einschliesslich Taggeldversicherungen nach KVG – Vorsorgeeinrichtungen jeder Art (obligatorisch oder überobligatorisch) sowie haftpflichtigen Dritten.

Das Zusammentreffen mit den Leistungen Dritter darf nicht zu einer Überentschädigung führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe der versicherten Leistungen gemäss Ziff. 8.

In der Folge beschränkt sich die Leistungspflicht von Helsana auf die Differenz zwischen den Leistungen Dritter und der vorerwähnten Überentschädigungsgrenze.

Die Taggeldleistungen werden im Nachgang zu den Leistungen Dritter erbracht.

Besteht bei anderen Schadenversicherern die Leistungspflicht ebenfalls nur subsidiär, so erbringt Helsana ihre Leistungen anteilsentsprechend.

- 29.2 Helsana fordert Leistungen, die sie im Hinblick auf Leistungen der Invalidenversicherung erbringt, ab dem Datum des Taggeld- beziehungsweise Rentenbeginns direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung gemäss Ziff. 29.1.
- 29.3 Tage mit gekürzten Leistungen werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet. Sollten die Leistungen Dritter gleich hoch oder höher sein als das Taggeld, dann werden diese Tage nicht an die Leistungsdauer angerechnet.

30. Verpfändung und Abtretung von Leistungen, Regressrecht

- 30.1 Ohne Zustimmung von Helsana können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.
- 30.2 Die Leistungspflicht von Helsana entfällt, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ohne vorherige Zustimmung von Helsana einen rechtsgültigen Vergleich mit leistungspflichtigen Dritten abschliesst, mit welchem sie auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten.

Prämien

31. Grundlagen der Prämienberechnung

- 31.1 Vorbehaltlich anderer vertraglicher Vereinbarungen ist für die Prämienberechnung das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen unter Berücksichtigung des höchstversicherten Jahreslohnes pro Person massgebend. Davon ausgeschlossen sind Entschädigungen gemäss Ziff. 8.3.
- Löhne oder Lohnanteile, auf denen wegen des Alters der versicherten Personen keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als prämienpflichtiges Einkommen, sofern die betreffenden Personen mitversichert sind.
- 31.2 Für Selbständigerwerbende und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht der AHV unterstehen, gilt die in der Police vereinbarte Versicherungssumme für die Prämienberechnung.

32. Prämienzahlung

- 32.1 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet. Bei Ratenzahlung kann Helsana einen Zuschlag erheben.
- 32.2 Bei der Berechnung der Prämie für Arbeitnehmende ergibt sich die Vorausprämie aus den voraussichtlichen Löhnen und wird jeweils am Anfang des folgenden Jahres aufgrund der definitiven Lohnsummen abgerechnet.
- 32.3 Während einer Arbeitsunfähigkeit entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus dem Kollektivvertrag. Dies gilt jedoch nicht für Selbständigerwerbende und deren Familienmitglieder, die nicht der AHV unterstehen.

33. Lohnsummendeklaration

- 33.1 Helsana fordert den Versicherungsnehmer jeweils Ende des Jahres auf, die definitiven Lohnsummen zu deklarieren. Helsana übermittelt dem Versicherungsnehmer dazu die Aufforderung zur Lohnsummendeklaration. Die Deklaration ist jedes Jahr bis zum 31. Januar vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und einzureichen. Helsana erstellt daraufhin die definitive Prämienabrechnung für das vorangehende Jahr.
- 33.2 Wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkommt, werden die Prämien durch Einschätzung festgesetzt. Stellt sich später heraus, dass dadurch Prämien entgangen sind, schuldet der Versicherungsnehmer neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins von 5%.
- 33.3 Helsana oder von Helsana beauftragte Dritte haben das Recht, Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen oder Kopien seiner AHV-Abrechnungen zu verlangen.

34. Zahlungsverzug

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, in-
nert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Fordert Helsana die ausstehende Prämie samt Nebenkosten nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich ein, so gilt der Vertrag als erloschen.

35. Rückerstattung der Prämie

- 35.1 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt Helsana die auf das nicht abgelaufene Versicherungsjahr entfallende Prämie zurück.
- 35.2 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Hauptverfall gemäss Police und dauert ein Jahr.

36. Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht

- 36.1 Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben gegenüber Helsana kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 36.2 Vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind Helsana zurückzuerstatten.

37. Versicherung mit Überschussbeteiligung

- 37.1 Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen Versicherungsjahren einen vertraglich vereinbarten Anteil am Überschuss aus seinem Vertrag.
- 37.2 Der Überschuss wird aus dem massgebenden Prämienanteil für die in der betreffenden Abrechnungsperiode bezahlten definitiven Prämien, abzüglich der auf die Abrechnungsperiode entfallenen Leistungen ermittelt.
- 37.3 Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die folgende Abrechnungsperiode vorgetragen.
- 37.4 Werden nach erfolgter Abrechnung Leistungsfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, kann Helsana eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellen und zu viel bezahlte Überschussanteile zurückfordern.
- 37.5 Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt bei Aufhebung des Vertrages, sofern diese vor Ende einer Abrechnungsperiode erfolgt.

38. Änderung des Prämientarifes

Bei Änderungen im Prämientarif kann Helsana innerhalb einer Tarifierungsart Verträge auf Vertragsende oder während der Vertragsdauer auf Ende eines Jahres an die veränderte Prämiensituation anpassen. Helsana teilt den Versicherungsnehmern bis spätestens 60 Tage vor Ende des Jahres die Änderung schriftlich mit. Führt die Änderung des Prämientarifes zu einer Erhöhung des Prämiensatzes, kann der Versicherungsnehmer, wenn er damit nicht einverstanden ist, den Vertrag per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält Helsana bis spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres keine schriftliche Kündigung, gilt dies als Zustimmung. Eine Reduktion des Prämiensatzes führt zu keinem ausserordentlichen Kündigungsrecht.

39. Änderung des Prämiensatzes und der Tarifierungsart

- 39.1 Helsana setzt zwei verschiedene Tarifierungsarten bei ihren Versicherungen ein. Welche Tarifierungsart im Vertrag angewendet wurde, ist in der Police aufgeführt.

Bei der Fixtarifizierung kommt die Tarifierung ohne Berücksichtigung des individuellen Schadenverlaufs zur Anwendung. Die Prämien können aufgrund von Änderungen im Prämientarif auf Vertragsende oder während der Vertragsdauer auf Ende eines Jahres angepasst werden.

Bei der Erfahrungstarifizierung kommt die Tarifierung mit Berücksichtigung des individuellen Schadenverlaufs zur Anwendung. Die Beobachtungsdauer umfasst die letzten drei vollständigen Versicherungsjahre sowie das laufende Versicherungsjahr. Kundenspezifische Risikokriterien wie Schadentendenz, laufende Schadenfälle und ungünstige Schadenprognose können zu kundenindividuellen Anpassungen in der Berechnung führen. Die Prämien können infolge des Leistungsverlaufs auf Vertragsende oder bei Änderungen im Prämientarif angepasst werden.

- 39.2 Für Selbständigerwerbende und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht der AHV unterstehen, können die Prämiensätze jederzeit auf Ende des Versicherungsjahres an die für das aktuelle Lebensalter der versicherten Personen geltenden Tarife angepasst werden.
- 39.3 Helsana gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämiensätze oder die Änderung der Tarifierungsart spätestens 60 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode (Hauptverfall der Prämie) bekannt. Ist der Versicherungsnehmer im Falle einer Prämienerrhöhung oder einer Änderung der Tarifierungsart nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei Helsana eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit dem neuen Prämienatz oder der neuen Tarifierungsart weiterzuführen.

Schlussbestimmungen

40. Mitteilungen und Informationspflicht

- 40.1 An den Versicherungsnehmer: Alle Mitteilungen an den Versicherungsnehmer beziehungsweise an die von ihm genannte Zustelladresse erfolgen an die letzte der Helsana bekannten Adresse in der Schweiz.
- 40.2 An die versicherten Personen: Alle Mitteilungen an die versicherten Personen erfolgen durch den Versicherungsnehmer. Dieser ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, dessen Änderungen und die Auflösung zu unterrichten. Helsana stellt dem Versicherungsnehmer die zur Information erforderlichen Unterlagen zur Verfügung.
- 40.3 An Helsana: Alle Mitteilungen sind direkt an Helsana an die in der Police angegebene Adresse zu richten, und zwar auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- 40.4 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomizil, seine Zustelladresse, die Art des Betriebes, die Besitzverhältnisse der Unternehmung oder werden andere Unternehmen oder Betriebsteile übernommen, so ist Helsana davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

41. Brokerklausel

Falls der Versicherungsnehmer durch einen Broker vertreten wird, ist dieser berechtigt, den Geschäftsverkehr – in Abänderung der Ziff. 40 – mit Helsana abzuwickeln, sofern das Brokermandat folgendes beinhaltet: Vollmacht, den Geschäftsverkehr mit Helsana abzuwickeln, insbesondere Anfragen, Anzeigen, Deklarationen oder Willenserklärungen von Helsana entgegenzunehmen und für den Versicherungsnehmer gegenüber Helsana abzugeben. Mit dem Eingang beim Broker gelten die Erklärungen als gegenüber dem Versicherungsnehmer zugegangen. Eine Vertretung für Zahlungen ist ausgeschlossen.

42. Versehensklausel

- 42.1 Unterlässt der Versicherungsnehmer die Abgabe einer Anzeige, gibt er eine unrichtige Antwort ab oder unterlässt er die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so wird Helsana von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach dessen Feststellung unverzüglich nachgeholt wird.
- 42.2 Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen ein Prämienzuschlag zu entrichten ist, so muss dieser rückwirkend vom Zeitpunkt an bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist, höchstens jedoch ab Vertragsbeginn.

43. Datenschutz

- 43.1 Die Datenschutzerklärung der Helsana Zusatzversicherungen AG ist auf **helsana.ch/datenschutz** abrufbar oder kann beim Kundenservice angefordert werden.
- 43.2 Helsana bearbeitet Daten insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos, zur Errechnung oder Erstellung von Offerten, zur Ausstellung von Policen, während des Lohndeklarationsprozesses, bei Konto- oder Adressmutationen sowie um individuelle Produkte und Dienstleistungen von Helsana und Partnerunternehmen (namentlich aufgeführt auf der Website von Helsana) anzubieten.
- 43.3 Wird die Datenbearbeitung von Helsana an einen Auftragsbearbeiter übertragen, sorgt Helsana dafür, dass dieser die Daten nur verarbeitet, wie Helsana es selbst tun darf.
- 43.4 Helsana darf im erforderlichen Umfang und gemäss den anwendbaren datenschutzrechtlichen Normen Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten weiterleiten sowie zwecks Versichererwechsel gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung Daten einer dem Abkommen beigetretenen anfragenden Versicherung bekannt geben.

44. Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind die Gerichte am schweizerischen Wohnort oder Sitz des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten zuständig.