

Kollektive Taggeldversicherung gemäss VVG

Ausgabe 01.01.2022

Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die nachfolgende Kundeninformation gibt in übersichtlicher und knapper Form Auskunft über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags (gemäss Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG).

Wer ist der Versicherer?

Der Vertragspartner ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend Versicherer) mit Sitz an der Rue des Cèdres 5, Postfach, CH-1919 Martigny.

Welche Risiken sind versichert und welche Leistungen umfasst der Versicherungsschutz?

Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit.

Der Versicherungsschutz kann das Unfallrisiko, den Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub sowie andere Risiken umfassen, sofern diese in der Police erwähnt sind.

Der Versicherungsschutz wird bei Arbeitsunfähigkeit gewährt. Als Arbeitsunfähigkeit gilt die volle oder teilweise Unfähigkeit, die üblichen und zumutbaren Aufgaben des bisherigen Berufes zu erfüllen.

Sobald es nicht mehr möglich ist, die bisherige Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab. Als Erwerbsunfähigkeit gilt der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Alle Schadenfälle, die während der Dauer des kollektiven Versicherungsschutzes eintreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet.

Die Versicherung ist als Schadenversicherung ausgestaltet.

Welche Leistungen sind versichert?

Die Details zum Versicherungsumfang, insbesondere die versicherten Risiken, die Höhe des für die Berechnung der Leistungen berücksichtigten Maximallohns, der Prozentsatz des versicherten Lohns, die Wartefrist sowie allfällige besondere Bedingungen sind in der Versicherungspolice aufgeführt.

Das Taggeld wird proportional zum Grad der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit, die mindestens 25% betragen muss, ausgerichtet.

Ab der Auszahlung der AHV-Altersrente hat der Versicherte Anspruch auf höchstens 180 Taggelder für eine oder mehrere Unfähigkeiten.

Die Leistungsdauer für Versicherte bei einem Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger ist auf 90 Tage begrenzt.

Wie wird die Prämie berechnet?

Die Prämie wird anhand der Prämiensätze und der vom Arbeitgeber gemeldeten Löhne berechnet. Die Prämiensätze hängen von den versicherten Risiken und dem gewünschten Versicherungsschutz ab.

Wer ist der Versicherungsnehmer und wer sind die versicherten Personen?

Der Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

Der Kreis der versicherten Personen ist in der Versicherungspolice aufgeführt.

Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

Die Pflichten des Versicherungsnehmers sind in der Versicherungspolice und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt. Er ist insbesondere verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt dieses Vertrags sowie über Änderungen und Kündigung des Vertrags zu informieren.

Der Versicherungsnehmer hat die versicherten Personen auch über die Möglichkeit zu informieren, den Versicherungsschutz bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder des Versicherungsvertrags aufrechtzuerhalten.

Der Versicherungsnehmer muss zudem folgende Pflichten erfüllen:

- die Arbeitsunfähigkeiten innert 15 Tagen nach Beginn melden
- dem Versicherer umgehend mitteilen, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeits- oder erwerbsunfähigen Versicherten endet
- dem Versicherer für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung die Lohnsummendeklaration und, auf Anfrage, die AHV-Abrechnungen der Versicherten vorlegen

Allgemeine Bedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG

PCGA01-A2 – Ausgabe 01.01.2022

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

Abkürzungen

- Art. 1** Versicherer
- Art. 2** Zweck und Gegenstand der Versicherung
- Art. 3** Rechtliche Grundlagen des Vertrags
- Art. 4** Definitionen

B. Umfang der Versicherung

- Art. 5** Versicherungspolice
- Art. 6** Versicherte Personen
- Art. 7** Beginn und Ende des Vertrags
- Art. 8** Kündigung im Schadenfall
- Art. 9** Betrügerische Begründung

C. Versicherungsschutz

- Art. 10** Beginn des Versicherungsschutzes
- Art. 11** Ende des Versicherungsschutzes
- Art. 12** Übertritt in die Einzelversicherung

D. Leistungen

- Art. 13** Leistungsanspruch
- Art. 14** Leistungen ab Bezug einer AHV-Altersrente
- Art. 15** Leistungen bei einem Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger
- Art. 16** Ende des Leistungsanspruchs
- Art. 17** Laufende Unfähigkeit bei Ende des Arbeitsvertrags
- Art. 18** Ausschöpfung
- Art. 19** Berechnung des Taggeldes
- Art. 20** Unbezahlter Urlaub
- Art. 21** Leistungen im Todesfall
- Art. 22** Leistungen für die Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes

- Art. 23** Leistungen ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes
- Art. 24** Durch Verschulden verursachte Unfähigkeit
- Art. 25** Einschränkung des Leistungsanspruchs

E. Zusätzliche Leistungen

- Art. 26** Mutterschaftsleistungen
- Art. 27** Vaterschaftsleistungen
- Art. 28** Leistungen bei Adoption
- Art. 29** Zusätzliche Taggeldversicherung

F. Koordination der Leistungen

- Art. 30** Leistungen Dritter
- Art. 31** Überentschädigung

G. Prämien

- Art. 32** Berechnung der Prämie
- Art. 33** Prämienzahlung
- Art. 34** Anpassung des Prämienatzes
- Art. 35** Prämienabrechnung
- Art. 36** Überschussbeteiligung

H. Pflichten

- Art. 37** Pflichten des Versicherungsnehmers
- Art. 38** Pflichten des Versicherten

I. Weitere Bestimmungen

- Art. 39** Abtretung und Verpfändung der Leistungen
- Art. 40** Maklerklausel
- Art. 41** Mitteilungen
- Art. 42** Erfüllungsort
- Art. 43** Gerichtsstand
- Art. 44** Datenschutz

A. Allgemeines

Abkürzungen

- AHVG: Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
- IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
- BVG: Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
- KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung
- UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung

- MVG: Bundesgesetz über die Militärversicherung
- EOG: Bundesgesetz über den Erwerbsersatz
- FamZG: Bundesgesetz über die Familienzulagen
- AVIG: Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
- VVG: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
- OR: Obligationenrecht
- AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen

Art. 1 Versicherer

Das Versicherungsunternehmen, welches das Risiko trägt, ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachstehend Versicherer genannt.

Art. 2 Zweck und Gegenstand der Versicherung

1. Die Versicherungsdeckung ist als Schadenversicherung ausgestaltet.
2. Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Unfähigkeit infolge von Krankheit. Der Versicherungsschutz kann das Unfallrisiko, den Mutter-/Vaterschaftsurlaub und andere Risiken umfassen, sofern diese in der Police erwähnt sind.

Art. 3 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

1. den vorliegenden AVB, den allfälligen Zusatzbedingungen oder Besonderen Bedingungen, den Bestimmungen der Versicherungspolice sowie allfälligen Nachträgen
2. den Bestimmungen und Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten sowie aus medizinischen Fragebögen
3. dem VVG
4. dem OR

Art. 4 Definitionen

1. Gesundheitsbeeinträchtigung

Die Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst Krankheitsfälle und/oder Unfälle ein.

2. Krankheit

Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die medizinisch und objektiv feststellbar und nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist, und ausserdem eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Unfähigkeit zur Folge hat. Die im Rahmen einer Schwangerschaft auftretenden Komplikationen sind einer Krankheit gleichgestellt.

3. Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die medizinisch und objektiv feststellbar ist und die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Spätfolgen und Rückfälle eines Unfalls, unfallähnliche Körperschädigungen sowie Berufskrankheiten im Sinn des UVG sind den Unfällen gleichgestellt.

4. Unfähigkeit

Wird nichts anderes vereinbart, bezeichnet der Begriff Unfähigkeit sowohl die Arbeitsunfähigkeit als auch die Erwerbsunfähigkeit.

5. Arbeitsunfähigkeit

Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, die üblichen und zumutbaren Aufgaben seines Berufs zu erfüllen. Ab dem Moment, ab dem die Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist, hängt der Leistungsanspruch von der Erwerbsunfähigkeit ab.

6. Erwerbsunfähigkeit

- a. Als Erwerbsunfähigkeit gilt der ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
- b. Zur Bestimmung, ob eine Erwerbsunfähigkeit besteht, werden einzig die auf die Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführenden medizinischen Einschränkungen berücksichtigt.
- c. Die Erwerbsunfähigkeit ergibt sich aus der Differenz zwischen dem vor der Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf erzielten Einkommen und dem durchschnittlichen Einkommen, das gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der Kompetenzen des Versicherten in einem anderen Aufgabenbereich erreicht werden könnte.

7. Versicherungsfall

Als Versicherungsfall gilt eine Unfähigkeit, die auf eine oder mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückzuführen sind, welche während dem gleichen Zeitraum der Unfähigkeit auftreten.

8. Rückfall

Als Rückfall gilt eine Unfähigkeit, die medizinisch auf eine frühere Unfähigkeit zurückzuführen ist, die während der Versicherungsdauer sowie während 365 Tage nach Ende der früheren Unfähigkeit auftritt. Unter diesen Voraussetzungen gehört der Rückfall zum selben Versicherungsfall wie die frühere Unfähigkeit.

B. Umfang der Versicherung

Art. 5 Versicherungspolice

Der Versicherungsumfang ist in der Versicherungspolice detailliert aufgeführt, insbesondere die versicherten Risiken, die Höhe des für die Berechnung der Leistungen berücksichtigten Maximallohns, der Prozentsatz des versicherten Lohns, die Wartezeit, die Leistungsdauer und allfällige besondere Bedingungen.

Art. 6 Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen ist in der Versicherungspolice aufgeführt.
2. Eine Person, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police beziehungsweise per Beginn des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, ist nicht versichert. Sie ist versichert, sobald sie wieder voll arbeitsfähig ist. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.
3. Die Person, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police beziehungsweise per Beginn des Arbeitsverhältnisses eine Invalidenrente bezieht, ist für den Lohn aus ihrer konkret und dauerhaft verwerteten Restarbeitsfähigkeit versichert.
4. Die Person, deren Arbeitsvertrag während ihrer Unfähigkeit gekündigt wird und einen Leistungsanspruch besitzt, bleibt bis zum Ende der laufenden Unfähigkeit weiterhin im Kreis der Versicherten. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.

Art. 7 Beginn und Ende des Vertrags

1. Der Vertragsbeginn als auch das Vertragsende sind in der Police festgehalten.
2. Geht bis spätestens 30. September keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei Ablauf der Police stillschweigend jeweils um ein Jahr.

3. Der Vertrag endet:
 - a. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer
 - b. bei der Einstellung der Tätigkeit des versicherten Unternehmens
 - c. bei Kündigung im Schadenfall im Sinn von Artikel 8 dieser AVB.
 - d. bei Kündigung aus betrügerischer Begründung im Sinn von Artikel 9 dieser AVB
 - e. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 33 Absatz 5 dieser AVB
 - f. wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird
 - g. bei Kündigung aufgrund einer Prämienserhöhung im Sinn von Artikel 34 dieser AVB

Art. 8 Kündigung im Schadenfall

1. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.
2. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm durch das VVG zustehende Recht, im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten, ausser bei Missbrauch, unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu oder aus wichtigem Grund im Sinn des VVG.

Art. 9 Betrügerische Begründung

Die Versicherungspolice kann annulliert oder gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt oder zu erzielen versucht hat.

C. Versicherungsschutz

Art. 10 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag des Inkrafttretens seines Arbeitsvertrags, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der Police.

Art. 11 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet für jeden Versicherten:

- a. am Ende des Arbeitsvertrags, unter Vorbehalt der Bestimmungen in Artikel 17 dieser AVB
- b. bei Nichtbezahlen der Prämien gemäss Artikel 33 dieser AVB
- c. nach Ablauf oder mit dem Ruhen des Versicherungsvertrags
- d. spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr vollendet
- e. nach Ablauf des UVG-Versicherungsschutzes für entsandte Arbeitnehmer

Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung

1. In der Schweiz wohnhafte Personen, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ihren Versicherungsschutz ohne neuen Vorbehalt in der Einzelversicherung fortzuführen. Der Versicherte hat dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem er aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, geltend zu machen.
2. Grenzgänger, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ihren Versicherungsschutz ohne neuen Vorbehalt in der Einzelversicherung fortzuführen, wenn sie in der Schweiz weiterhin erwerbstätig sind. Der Versicherte hat dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem er aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, geltend zu machen.
3. Beim Übertritt sind die geltenden Tarife und AVB der Einzelversicherung anwendbar. Das Taggeld wird proportional gekürzt, wenn der Betrag des neuen tatsächlichen Einkommens oder der Arbeitslosenentschädigung kleiner ist.
4. Massgebend für die Berechnung der Prämie ist das Alter im Zeitpunkt des Beitritts in den Kollektivvertrag.
5. Kein Anrecht auf den Übertritt in die Einzelversicherung besteht:
 - a. bei Kündigung des Versicherungsvertrags und dessen Übernahme durch einen anderen Versicherer mit dem gleichen Kreis der Versicherten oder Teilen davon
 - b. für Selbstständigerwerbende und Arbeitgeber sowie deren nicht AHV-pflichtige Familienangehörige
 - c. für Personen mit einem befristeten Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger, sowie für zeitweise beschäftigte Hilfskräfte
 - d. wenn die Person die Arbeitsstelle wechselt und in die Taggeldversicherung seines neuen Arbeitgebers übertritt
 - e. für Personen, die das AHV-Alter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden

D. Leistungen

Art. 13 Leistungsanspruch

1. Arbeits- oder erwerbsunfähige Versicherte haben ausschliesslich Anspruch auf die versicherten Leistungen, wenn sie infolge einer Gesundheitsbeeinträchtigung einen Lohn- oder Erwerbsausfall erleiden.
2. Ab dem Moment, an dem die Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist, hängt der Leistungsanspruch nach der Erwerbsunfähigkeit ab.
3. Nur die Unfähigkeit und deren allfälliger Rückfall, die während des Versicherungsschutzes eintreten, geben Anspruch auf Leistungen. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.

4. Teilarbeitsunfähigkeit

- a. Das Taggeld wird proportional zum Grad der Unfähigkeit, die mindestens 25% betragen muss, ausgerichtet.
- b. Tage mit einer Unfähigkeit unter diesem Grad werden bei der Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist nicht berücksichtigt.
- c. Tage mit einer Teilarbeitsunfähigkeit über oder entsprechend diesem Grad werden für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist als ganze Tage gezählt.

5. Meldung der Unfähigkeit

- a. Jede Unfähigkeit von mindestens 25% muss dem Versicherer innert 15 Tagen nach ihrem Eintritt gemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist gilt der Tag, an dem der Versicherer Kenntnis der Unfähigkeit erhalten hat, als erster Tag der Unfähigkeit.
- b. Erfolgt die Meldung aus entschuldbaren Gründen verspätet, beschränkt sich die Auszahlung der Taggelder auf 180 Tage vor dem Tag der Meldung.

6. Ärztliche Bestätigung der Unfähigkeit

- a. Wurde das erste ärztliche Zeugnis mehr als 3 Tage nach Beginn der Unfähigkeit ausgestellt, behält sich der Versicherer das Recht vor, den Tag, an dem dieses Zeugnis ausgestellt wurde, als ersten Tag der Unfähigkeit zu betrachten.
- b. Der Versicherer übernimmt Leistungen für eine ärztlich attestierte und nachgewiesene Unfähigkeit. Bei einer Unfähigkeit von mehr als 3 Tagen muss ein ärztliches Zeugnis ausgestellt werden. Die Bestätigungen des Arztes beruhen auf regelmässigen Konsultationen in seiner Praxis und müssen dem Versicherer mindestens einmal pro Monat vorgelegt werden.

7. Wartefrist

- a. Das geschuldete Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist für jeden Tag der Unfähigkeit ausgerichtet (inklusive Sonn- und Feiertage).
- b. Wenn in der Police eine Wartefrist pro Unfähigkeit vorgesehen ist, wird diese bei jeder Unfähigkeit, die Anspruch auf Leistungen gibt, angewendet. Bei einem Rückfall kommt nur die allfällig verbleibende Wartefrist zur Anwendung.
- c. Wenn in der Police eine Wartefrist pro Kalenderjahr vorgesehen ist, wird sie ein einziges Mal pro Kalenderjahr für eine oder mehrere Unfähigkeiten, die Anspruch auf Leistungen geben, angewendet. Bei einer ununterbrochenen Unfähigkeit während mehrerer Jahre wird die Wartefrist nur ein einziges Mal angewendet.
- d. Wenn in der Police eine Wartefrist pro Arbeitsjahr vorgesehen ist, wird sie ein einziges Mal pro Arbeitsjahr für eine oder mehrere Unfähigkeiten, die Anspruch auf Leistungen geben, angewendet. Bei einer ununterbrochenen Unfähigkeit während mehrerer Arbeitsjahre wird die Wartefrist nur ein einziges Mal angerechnet. Ein Arbeitsjahr ist die Periode von 365 aufeinanderfolgenden Tagen, während der ein Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsnehmer besteht.
- e. Wenn die laufende Unfähigkeit nicht mehr unfall- sondern krankheitsbedingt ist oder umgekehrt, gilt eine neue Wartefrist für das neue Risiko (Krankheit, Unfall), ausser beide Risiken sind vom gleichen Versicherer gedeckt.
- f. Die Wartefrist wird der Leistungsdauer angerechnet.

Art. 14 Leistungen ab Bezug einer AHV-Altersrente

Ab der Auszahlung der AHV-Altersrente hat der Versicherte Anspruch auf höchstens 180 Taggelder für eine oder mehrere Unfähigkeiten. Wenn eine Unfähigkeit vor der Auszahlung der AHV-Rente eintritt, ist der Leistungsanspruch auf den Rest der gemäss Police vorgesehenen Leistungsdauer begrenzt, jedoch höchstens 180 Tage, sofern die Weiterführung des Arbeitsvertrags vor der Unfähigkeit vereinbart wurde.

Art. 15 Leistungen bei einem Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger

Die Leistungsdauer für Versicherte bei einem Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger ist auf 90 Tage begrenzt.

Art. 16 Ende des Leistungsanspruchs

Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:

- a. mit dem Ruhen des Versicherungsschutzes infolge unbezahlter Prämien;
- b. bei Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs;
- c. am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr vollendet;
- d. mit der Kündigung des Versicherungsvertrags, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird.

Art. 17 Laufende Unfähigkeit bei Ende des Arbeitsvertrags

1. Der Versicherungsschutz und der Leistungsanspruch bleiben für die laufende Unfähigkeit bei Ende des Arbeitsvertrags bestehen.
2. Unfähigkeiten mit Leistungsanspruch werden dem Kollektivvertrag angerechnet.
3. Das Freizügigkeitsabkommen bleibt vorbehalten.

Art. 18 Ausschöpfung

1. Bei Gesundheitsbeeinträchtigungen, die auf einen Fall mit ausgeschöpften Leistungen zurückzuführen sind, besteht kein Versicherungsschutz und kein Leistungsanspruch mehr, unter Vorbehalt der Zusätzlichen Taggeldversicherung gemäss Artikel 29 dieser AVB.
2. Der Versicherte kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet. In diesem Fall vergütet der Versicherer die Leistungen gemäss der Evaluierung der Unfähigkeit durch den Vertrauensarzt.

Art. 19 Berechnung des Taggeldes

1. Grundlage für die Berechnung des Taggeldes ist der im versicherten Unternehmen erzielte AHV-Lohn. Berücksichtigt werden auch Löhne und Lohnbestandteile, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind, sowie die Familienzulagen, sobald sie von keinem Anspruchsberechtigten mehr bezogen werden.
2. Für AHV-pflichtige Lohnbestandteile, die im Zeitpunkt des Schadenfalls noch nicht bezahlt wurden und auf welche die versicherte Person Anspruch erheben könnte, entspricht das Taggeld den Lohnbestandteilen, die sie innerhalb der 12 Monate vor der Unfähigkeit, frühestens jedoch ab dem Anstellungsdatum erhalten hat, geteilt durch 365.
3. Eine Lohnerhöhung während der Unfähigkeit kann berücksichtigt werden, wenn sie vor der Unfähigkeit vereinbart wurde oder im Gesamtarbeitsvertrag vorgesehen ist.
4. Bei der Taggeldversicherung in Lohnprozenten wird das Taggeld für die Stunden- und Monatslöhne unter Vorbehalt der Bestimmungen des Gesamtarbeitsvertrags wie folgt berechnet:

Stundenlohn:

Brutto-Grundstundenlohn (eventuell mit 13. Monatslohn) multipliziert mit:

der Anzahl der durchschnittlichen Wochen- oder Jahresstunden multipliziert mit:

52 Wochen (wenn Wochenstunden) geteilt durch:

365 Tage (inklusive Schaltjahr) multipliziert mit:

dem versicherten Prozentsatz des versicherten Lohnes.

Auf diese Weise sind die Entschädigungen für Ferien- und Feiertage für die Berechnung des Taggeldes eingerechnet. Beim Brutto-Grundstundenlohn werden die Ferien- und Feiertage nicht zum Grundstundenlohn hinzugerechnet.

Monatslohn:

Monatslohn multipliziert mit:

12 Monaten (oder 13 bei 13. Monatslohn) geteilt durch:

365 Tage (inklusive Schaltjahr) multipliziert mit:

dem versicherten Prozentsatz des versicherten Lohnes.

5. Wenn die versicherte Person eine unregelmässige Erwerbstätigkeit ausübt, oder wenn das Einkommen starken Schwankungen unterliegt, wird das Taggeld dadurch bestimmt, indem der während 12 Monaten vor der Unfähigkeit erhaltene Lohn durch 365 geteilt wird.

Art. 20 Unbezahlter Urlaub

1. Während eines unbezahlten Urlaubs bleibt der Versicherungsschutz bis maximal 12 Monate aufrechterhalten.
2. Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der Unfähigkeit. Der Anspruch auf Leistungen beginnt frühestens am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit.

Art. 21 Leistungen im Todesfall

Stirbt der Versicherte infolge einer leistungspflichtigen Unfähigkeit, zahlt der Versicherer dem Versicherungsnehmer das Taggeld im Rahmen des Leistungsanspruchs und der Bestimmungen von Artikel 338 OR.

Art. 22 Leistungen für die Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes

1. Bei Bezug von Urlaub für die Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes ergänzt der Versicherer das durch das EOG bezahlte Taggeld bis zur Höhe der versicherten Leistungen.
2. Das Taggeld unterliegt dem Leistungsanspruch nach EOG und wird für die gleiche Dauer ausgezahlt.

Art. 23 Leistungen ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes

1. Gemäss Artikel 38 Absatz 1 dieser AVB gilt Folgendes:
 - a. Bei Auftreten einer Unfähigkeit ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten (Umkreis von 200 km), hat dieser Anspruch auf Leistungen, solange medizinisch nachgewiesen ist, dass eine Rückkehr nicht möglich ist, insbesondere während der Dauer eines Spitalaufenthalts.
 - b. Möchte der Versicherte während seiner Unfähigkeit die Umgebung seines Wohnsitzes (Umkreis von 200 km) verlassen, so hat er den Versicherer darüber vorgängig zu informieren. Letzterer kann nach Prüfung der Umstände entscheiden, die Taggeldleistungen für einen begrenzten Zeitraum weiterhin zu entrichten. Ohne Zustimmung des Versicherers besteht ausserhalb der Umgebung des Wohnsitzes kein Leistungsanspruch.

2. Der entsandte Arbeitnehmer hat Anspruch auf Leistungen, solange er gemäss UVG versichert ist und danach ab seiner Rückkehr in die Schweiz.

Art. 24 Durch Verschulden verursachte Unfähigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach VVG zustehende Recht, seine Leistungen für Krankheiten, welche die versicherte Person durch ein grobes Verschulden verursacht hat, zu kürzen.

Art. 25 Einschränkung des Leistungsanspruchs

1. Die Leistungen werden verweigert:
 - a. bei Vorbehalt oder Verletzung der Anzeigepflicht;
 - b. bei Unfähigkeit infolge einer freiwilligen Schönheitsoperation, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird;
 - c. bei Unfähigkeiten infolge von Erdbeben;
 - d. bei Unfähigkeiten infolge von Kriegsereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, wo er sich aufhält, überrascht worden und die Unfähigkeit tritt innert 3 Monaten seit Beginn der Ereignisse ein;
 - e. bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu;
 - f. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden, mit Ausnahme von Gesundheitsschäden durch medizinische Behandlungen;
 - g. bei Unfähigkeiten bei Militärdienst im Ausland.
2. Die Leistungen können vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden:
 - a. wenn der Unfall durch das Verschulden des Versicherten verursacht wurde, bei aussergewöhnlichen Gefahren oder bei Wagnissen im Sinne des UVG;
 - b. wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Artikeln 37 und 38 dieser AVB aufgeführten Verpflichtungen nicht einhält;
 - c. wenn der Versicherte sich weigert, die Anordnungen des Versicherers zu befolgen, (z.B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen), oder wenn er ohne triftigen Grund nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, die bereits erbrachten Leistungen zurückzufordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung zu stellen;
 - d. wenn der Versicherte sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können;
 - e. wenn der Versicherte den Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig stellt. In diesem Fall wird die Vergütung der Taggelder bis zum Tag der Antragstellung aufgeschoben.
3. Während dem Unterbruch des Versicherungsschutzes aufgrund von Nichtbezahlung der Prämien im Sinn von Artikel 33 dieser AVB:
 - sind eintretende Schadenfälle nicht gedeckt.

- Bei laufenden Schadenfällen wird die Zahlung an dem Tag fortgesetzt, an dem die ausstehenden Prämien beglichen wurden. In diesem Fall werden die Tage der Unfähigkeit an die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
4. Der Leistungsanspruch ruht, solange die versicherte Person Leistungen der eidgenössischen (gemäss EOG) oder der kantonalen Mutterschaftsversicherung bezieht. Bei Fehlen einer eidgenössischen oder der kantonalen Mutterschaftsversicherung ruht der Leistungsanspruch während 56 Tagen nach der Niederkunft, wenn die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat. Vorbehalten bleibt Artikel 26 dieser AVB.

E. Zusätzliche Leistungen

Art. 26 Mutterschaftsleistungen

1. Dieser Versicherungsschutz wird gewährt, sofern dies in der Police vorgesehen ist.
2. Das Mutterschaftstaggeld unterliegt dem Leistungsanspruch aus der eidgenössischen (gemäss EOG) oder kantonalen Mutterschaftsversicherung.
3. Wenn die Auszahlung der Leistungen aus der eidgenössischen oder kantonalen Mutterschaftsversicherung bei einem Spitalaufenthalt des Neugeborenen verlängert wird, wird auch die Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung für die gleiche Dauer verlängert.
4. Die Leistungen aus der eidgenössischen und/oder kantonalen Mutterschaftsversicherung werden vom Betrag, welcher der Versicherer entrichtet, abgezogen.

Art. 27 Vaterschaftsleistungen

1. Dieser Versicherungsschutz wird gewährt, sofern dies in der Police vorgesehen ist.
2. Das Vaterschaftstaggeld unterliegt dem Leistungsanspruch aus der eidgenössischen (gemäss EOG) oder kantonalen Vaterschaftsversicherung.
3. Die Leistungen aus der eidgenössischen und/oder kantonalen Vaterschaftsversicherung werden vom Betrag, welcher der Versicherer entrichtet, abgezogen.

Art. 28 Leistungen bei Adoption

1. Sind zusätzliche Leistungen bei Mutterschaft und/oder Vaterschaft gemäss Police vorgesehen, werden diese auch bei Adoption gewährt, sofern Leistungen gemäss eidgenössischen oder kantonalen Bestimmungen erbracht werden.
2. Die Adoption des Kindes des Ehepartners der versicherten Person ergibt keinen Leistungsanspruch.

Art. 29 Zusätzliche Taggeldversicherung

1. Falls die zusätzliche Taggeldversicherung in der Police vorgesehen ist, deckt sie den Lohn aus der konkret und dauerhaft verwerteten Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Unternehmen, nachdem dieser seinen Anspruch auf Leistungen ausgeschöpft hat. Dem Versicherten wird ein neuer Versicherungsschutz für 180 Taggelder innerhalb von 5 Jahren seit der Ausschöpfung gewährt.

2. Die Wartefrist gilt für jede Arbeitsunfähigkeit und wird nicht an die Leistungsdauer von 180 Tagen angerechnet.
3. Der Versicherte hat nur einmal Anspruch auf diesen zusätzlichen Versicherungsschutz.
4. Falls der Versicherte die Leistungen der Zusätzlichen Taggeldversicherung 5 Jahre nach Beginn dieses Versicherungsschutzes nicht ausgeschöpft hat, hat er erneut Anspruch auf Leistungen aus der Hauptversicherung.
5. Die zusätzliche Taggeldversicherung ist an den Kollektivvertrag des Unternehmens gebunden. Ihr Ziel ist, die Wiedereingliederung zu fördern. Ein Arbeitnehmer, der aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, hat für diese Leistungen kein Übertrittsrecht.

F. Koordination der Leistungen

Art. 30 Leistungen Dritter

1. Der Versicherer erbringt seine Leistungen ergänzend zu den Lohn-/ Erwerbsausfallleistungen, die durch andere Sozial- oder Privatversicherer gedeckt sind. Dies im Umfang des in der Police vorgesehenen Versicherungsschutzes.
2. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aufgrund einer Sanktion, gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
3. Ist der Lohn-/ Erwerbsausfall durch mehrere Privatversicherer gedeckt, darf der Gesamtbetrag ihrer Leistungen den erlittenen Lohn-/ Erwerbsausfall nicht übersteigen. In diesem Fall entschädigt der Versicherer den Lohn-/ Erwerbsausfall im Verhältnis zum Anteil des von ihm versicherten Taggeldes am Gesamtbetrag der versicherten Taggelder.
4. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Eintretens des versicherten Risikos bis zur Höhe der vertraglichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihren Hinterlassenen ein.
5. Trifft der Versicherte mit einem leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in der er ganz oder teilweise auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichtet, so vermindert sich der Anspruch der vertraglich vereinbarten Leistungen entsprechend.
6. Im Rahmen des Leistungsanspruchs schießt der Versicherer Leistungen vor, solange kein Rentenanspruch aus der Invalidenversicherung (IVG), einer Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung (BVG) oder eines ausländischen oder privaten Versicherers besteht. Sobald eine oder mehrere dieser Einrichtungen eine Rente gewährt, ist der Versicherer berechtigt, die Rückerstattung der gewährten Vorschüsse direkt bei den betroffenen Einrichtungen oder bei einem allfälligen Dritten zu verlangen. Der rückerstattete Betrag steht dem Versicherer zu.
7. Für die Berechnung der Leistungsdauer gelten die Tage, an denen die Leistungen gekürzt werden oder an denen der Versicherer wegen Leistungen Dritter nicht zu Leistungen verpflichtet ist, als ganze Tage.
8. Die Anzahl Tage, an denen durch frühere Versicherer Taggelder entrichtet wurden, werden insbesondere im Rahmen des Übertrittsrechts an die Dauer des Leistungsanspruchs der Kollektivversicherung angerechnet.

Art. 31 Überentschädigung

Die Leistungen des Versicherers oder ihr Zusammentreffen mit Leistungen anderer Versicherer dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Eine Überentschädigung, das heisst der Teil des Taggeldes, der den tatsächlichen Lohn-/Erwerbsausfall oder die in der Police vorgesehenen Leistungen übersteigt, wird mit den laufenden Leistungen verrechnet oder muss dem Versicherer rückerstattet werden.

G. Prämien

Art. 32 Berechnung der Prämie

Grundlage für die Berechnung der Prämie ist der im versicherten Unternehmen erzielte AHV-Lohn. Löhne und Lohnbestandteile, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind, sowie die Familienzulagen werden mitberücksichtigt.

Art. 33 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Die Prämie ist am in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der Lohnsumme im Laufe des Jahres angepasst werden.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht bezahlt, fordert der Versicherer den Schuldner auf, den ausstehenden Betrag samt Kosten innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu begleichen, und macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die rückständige Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Ablauf dieser Frist.
5. Fordert der Versicherer die rückständige Prämie samt Kosten nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist ein, gilt der Vertrag als beendet.

Art. 34 Anpassung des Prämienatzes

1. Ohne ausdrückliche, in der Police erwähnte Vereinbarung ist der Versicherer berechtigt, den Prämienatz jedes Jahr der Schadenentwicklung oder bei einer Änderung des Prämientarifs anzupassen. Die Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe des neuen Prämienatzes. Bei einer Erhöhung des Prämienatzes kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht vor dem Ende des Kalenderjahres geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).
2. Der Prämienatz kann beim Eintreten neuer Umstände (z. B. bei der Änderung der Unternehmenstätigkeit, Fusion, Spaltung, Übernahme) oder bei einer Restrukturierung geändert werden, sofern sich die Lohnsumme dadurch um 10% oder mehr ändert. Bei einer Erhöhung des Prämienatzes kann der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht innerhalb von 30 Tagen ab Mitteilung geltend machen (Eingangsdatum beim Versicherer).

Art. 35 Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 37 dieser AVB gelieferten Dokumente erstellt.

Art. 36 Überschussbeteiligung

1. Wenn gemäss Police vorgesehen, erhält der Versicherungsnehmer einen Anteil an einem eventuellen Prämienüberschuss.
2. Die Abrechnung erfolgt frühestens 5 Monate nach Ende der Abrechnungsperiode, sofern die Prämien für die genannte Periode vollständig bezahlt sind.
3. Die während der Abrechnungsperiode ausgezahlten Leistungen werden gemäss Bestimmungen der Police vom massgebenden Anteil der bezahlten Prämien abgezogen. Bei einem eventuellen Überschuss wird dem Versicherungsnehmer den in der Police vereinbarte Anteil vergütet.
4. Wird die Versicherungspolice auf das Ende einer Abrechnungsperiode der Überschussbeteiligung gekündigt, wird die Berechnung der Beteiligung bis zum Abschluss aller Arbeitsunfähigkeiten zulasten des Kollektivvertrags aufgeschoben. Die nach der Auflösung ausgezahlten Leistungen werden ebenfalls dieser Berechnung angerechnet.
5. Werden Schadenfälle aus einer abgeschlossenen Abrechnungsperiode erst nach Erstellen der Abrechnung gemeldet oder vergütet, wird eine neue Abrechnung für die Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zu viel bezahlte Überschüsse zurück.
6. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird nur dann überwiesen, wenn die Versicherungspolice bis zum Ende der Abrechnungsperiode in Kraft war.
7. Nur die Prämien und Leistungen für Kranken- und Unfalltaggeld werden bei der Berechnung der Überschussbeteiligung berücksichtigt.

H. Pflichten

Art. 37 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten, wenn das Arbeitsverhältnis oder der Versicherungsvertrag endet.
2. Im Sinn der Informationspflicht (Art. 3 VVG) ist der Versicherungsnehmer auch verpflichtet, die versicherten Personen über die wesentlichen Punkte des Vertrags zu informieren.
3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer jede Unfähigkeit gemäss Artikel 13 Absatz 5 dieser AVB zu melden.
4. Der Versicherungsnehmer teilt dem Versicherer umgehend mit, wenn das Arbeitsverhältnis mit einem arbeits- oder erwerbsunfähigen Versicherten endet.
5. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung legt der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Lohnsummendeklaration und auf Anfrage die AHV-Abrechnungen der Versicherten vor. Sendet der Versicherungsnehmer die Lohnsummendeklaration nicht innert 30 Tagen nach

Anfrage des Versicherers, wird er vom Versicherer gemahnt. Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht. Für die Zahlung der Zusatzprämie ist Artikel 33 dieser AVB entsprechend anwendbar.

6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer, bzw. beauftragte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die der AHV-Ausgleichskasse abgegebenen Dokumente einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzuschieben.
7. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, Buchungsbelege, amtliche Unterlagen usw.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.
8. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung (Änderung der Unternehmens-tätigkeit oder des versicherten Berufs) zu informieren.
9. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gemäss Artikel 25 dieser AVB gehen können.

Art. 38 Pflichten des Versicherten

1. Ein arbeits- oder erwerbsunfähiger Versicherter muss während der Unfähigkeit für administrative und medizinische Kontrollen des Versicherers erreichbar bleiben (z. B. Untersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt).
2. Der Versicherte liefert dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, Arztzeugnisse, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer usw.). Ausserdem meldet der Versicherte dem Versicherer unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter usw.).
3. Der Versicherte befreit das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers.
4. Der Versicherte ist zur Zusammenarbeit mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte usw.) verpflichtet. Er hat insbesondere deren Anweisungen zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen.
6. Der Versicherte unterliegt der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungseinrichtungen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung usw.) verpflichtet.
7. Der Versicherte lässt sich im Rahmen des Zumutbaren behandeln oder beteiligt sich an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit beträchtlich verbessert oder eine neue Erwerbsmöglichkeit geschaffen werden kann.

8. Der Versicherte hat spätestens 3 Tage nach Beginn seiner Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt in seiner Praxis zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten.
9. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gemäss Artikel 25 dieser AVB gehen können.
10. Bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu gehen die Kosten für die Untersuchungen im Rahmen der Unfähigkeit des Versicherten sowie die Kosten für die Dossierbearbeitung zulasten des Versicherten.

I. Weitere Bestimmungen

Art. 39 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Ohne die Zustimmung des Versicherers kann der Versicherungsnehmer seine Forderung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 40 Maklerklausel

Der Versicherungsnehmer kann einen Makler beauftragen, die Geschäftsbeziehungen mit dem Versicherer über diesen abzuwickeln. In dem Fall gelten die Daten als beim Versicherungsnehmer eingegangen, sobald diese beim Makler eintreffen.

Art. 41 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen müssen an die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind, oder über jegliches anderes Mittel, das vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird. Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse. Diese Mitteilungen können durch andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel übermittelt werden.

Art. 42 Erfüllungsort

Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.

Art. 43 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Wohnt der Versicherte im Ausland, ist der Arbeitsort in der Schweiz Gerichtsstand.

Art. 44 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Ihr Versicherer, die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, hat die Bearbeitung der persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend betroffene Personen) an die Groupe Mutuel Services AG übertragen.

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG und die Groupe Mutuel Services AG sind Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG. Sie unterstehen dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

Als persönliche Daten gelten insbesondere Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem DSG), dem zwischen der Groupe Mutuel und dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Vertrag, dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen im Sinn des DSG.

Zweckbestimmung

Die persönlichen und sensiblen Daten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, welche die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungs-

vermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, welche die betroffene Person möglicherweise an Dritten genehmigt hat oder die unabhängig von der Groupe Mutuel durchgeführt wird. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen, sowie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

- den Versicherer bzw. beauftragte Dritte ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die der AHV-Ausgleichskasse abgegebenen Dokumente einzusehen
- alle Unterlagen liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- den Versicherer über eine allfällige Gefahrerhöhung informieren (z. B. Änderung der Unternehmenstätigkeit oder des versicherten Berufs)

Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte muss folgende Pflichten erfüllen:

- spätestens drei Tage nach Beginn der Unfähigkeit einen zugelassenen Arzt konsultieren
- alle Unterlagen liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind
- mit dem Versicherer und den anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenarbeiten
- alles unternehmen, um den Schaden zu mindern
- während einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit den Versicherer vor einem Aufenthalt ausserhalb der Umgebung seines Wohnsitzes (Umkreis von 200 km) informieren

Bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu gehen die Kosten für die Untersuchungen im Rahmen der Unfähigkeit des Versicherten sowie die Kosten für die Dossierbearbeitung zulasten des Versicherten.

Die detaillierten Pflichten des Versicherten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Nichteinhaltung der Verpflichtungen kann zu Sanktionen des Versicherers führen, die bis zur Leistungsverweigerung gehen können.

In welchen Fällen kann der Versicherer die Versicherungsleistungen kürzen oder verweigern?

Die Versicherungsleistungen können in folgenden Fällen gekürzt oder verweigert werden (Liste nicht abschliessend):

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die in den Versicherungsbedingungen festgehaltenen Pflichten nicht einhalten
- wenn die Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit dem Versicherer nicht innert 15 Tagen nach Beginn gemeldet wird
- wenn das erste ärztliche Zeugnis mehr als drei Tage nach Beginn der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit erstellt wird
- wenn der Versicherte die Zusammenarbeit mit dem Versicherer oder anderen Sozialversicherungseinrichtungen verweigert
- bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
- wenn der Versicherte ohne triftigen Grund nicht zu einer Vorladung des Versicherers erscheint. In diesem Fall kann dieser die bereits erbrachten Leistungen zurückfordern und dem Versicherten das Honorar der nicht wahrgenommenen Vorladung in Rechnung stellen.
- bei einem Aufenthalt ausserhalb der Umgebung seines Wohnsitzes (Umkreis von 200 km) in den Fällen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehen sind

- bei Nichtbezahlen der Prämien durch den Versicherungsnehmer
- bei den Folgen einer freiwilligen Schönheitsoperation, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird

Die detaillierten Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Wann beginnt der Vertrag?

Der Vertrag gilt als abgeschlossen, sobald der Versicherer die Annahme des Antrags mitteilt.

Wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- spätestens drei Monate vor Ablauf des Vertrags gemäss Police. Die Kündigung gilt als rechtzeitig eingegangen, wenn sie spätestens am 30. September beim Versicherer eintrifft. Wenn der Vertrag nicht gekündigt wird, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.
- nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung erbracht wurde, spätestens aber innert 14 Tagen, nachdem er von der Auszahlung durch den Versicherer Kenntnis erhalten hat
- wenn der Versicherer die Prämien erhöht. In diesem Fall muss die Kündigung vor Ende des Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen.

Die Versicherung endet ausserdem:

- bei der Einstellung der Tätigkeit des versicherten Unternehmens
- wenn der Sitz oder Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird

Der Versicherer kann den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- spätestens drei Monate vor Ablauf des Vertrags gemäss Police. Wenn der Vertrag nicht gekündigt wird, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.
- wenn der Versicherte eine erhebliche Tatsache verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt hat
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu durch den Versicherungsnehmer

Hier werden nur die häufigsten Situationen erwähnt, in denen der Vertrag beendet werden kann. Weitere Möglichkeiten sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und im VVG aufgeführt.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag des Inkrafttretens seines Arbeitsvertrags, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der Police.

Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet für jeden Versicherten:

- nach Ablauf des Arbeitsvertrags, unter Vorbehalt einer laufenden Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit
- bei Nichtbezahlen der Prämien
- nach Ablauf oder mit dem Ruhen des Versicherungsvertrags
- spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Lebensjahr vollendet
- nach Ablauf des UVG-Versicherungsschutzes für entsandte Arbeitnehmer

Wann endet der Leistungsanspruch?

Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:

- mit dem Ruhen des Versicherungsschutzes infolge unbezahlter Prämien
- bei Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs
- spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr vollendet
- mit der Kündigung der Police, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird

Wie werden die Daten vom Versicherer bearbeitet?

Der Versicherer bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen, unter anderem Vertrags-, Inkasso- und die für die Bearbeitung von Versicherungsfällen nötigen Schadendaten, entsprechend den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Die Einzelheiten zur Datenbearbeitung sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnt.