

# Allgemeine Bedingungen (AB) für die Kollektiv-Krankenversicherung

Ausgabe 2008

---

## Inhaltsverzeichnis

---



---

### Umfang der Versicherung

---

**Artikel 1 Welches sind die Grundlagen dieser Versicherung?****Artikel 2 Was ist versichert?**

1. Versicherte Leistungen
2. Versicherte Ereignisse

**Artikel 3 Welche Begriffe werden verwendet?**

1. Krankheit
2. Unfall
3. Niederkunft
4. Arbeitsunfähigkeit
5. Arzt
6. Chiropraktor
7. Ausland
8. Staaten der EU-15
9. Staaten der EFTA

**Artikel 4 Was ist nicht versichert?**

1. Generelle Ausschlüsse
2. Zeitlich begrenzte Ausschlüsse
3. Freizügigkeitsabkommen

**Artikel 5 Wo gilt die Versicherung?**

1. Grundsatz
2. Arbeitsunfähigkeit und Auslandsaufenthalt
3. Ausländische Versicherte
4. Grenzgänger

**Artikel 6 Welche Personen sind versichert?**

1. Versicherte Personen
2. Besondere Vereinbarung
3. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

**Artikel 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

1. Arbeitnehmer
2. Besondere Vereinbarung
3. Mitwirkungspflichten

**Artikel 8 Wann endet der Versicherungsschutz?**

1. Beendigungsgründe
2. Meldepflicht

**Artikel 9 Wann erlischt der Anspruch bei laufenden Leistungen und wann besteht Anspruch auf Nachleistung?**

1. Erlöschen laufender Leistungen
2. Anspruch auf Nachleistung

---

### Obliegenheiten bei Eintritt des versicherten Ereignisses

---

**Artikel 10 Was ist bei Eintritt des versicherten Ereignisses zu beachten?**

1. Vorgehen
2. Auskunftspflicht
3. Schadenminderung
4. Informationspflicht

---

### Umfang der Versicherung

---

**Artikel 1 Welches sind die Grundlagen dieser Versicherung?**

- a) der schriftliche Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer;
- b) die Allgemeinen Bedingungen (AB) und die Zusatzbedingungen (ZB);
- c) soweit nichts anderes schriftlich vereinbart ist, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

**Artikel 11 Wie werden die Leistungen bei Quellensteuerpflichtigen ausbezahlt?**

1. Bei Auszahlung an die versicherte Person
2. Bei Auszahlung an den Versicherungsnehmer

**Artikel 12 Wann werden die Leistungen gekürzt?**

1. Nichtbefolgen von vertraglichen Obliegenheiten
2. Grobfahrlässigkeit
3. Aufteilung bei mehreren Gesundheitsbeeinträchtigungen

---

### Prämien

---

**Artikel 13 Wie ist die Prämienzahlung geregelt?**

1. Grundlage für die Prämienberechnung
2. Vorausprämie und Prämienberechnung
3. Meldepflicht
4. Akteneinsicht
5. Abweichung von der Vorausprämie

**Artikel 14 Welches sind die Folgen bei Prämienverzug?**

1. Prämienverzug
2. Versicherte Ereignisse vor Ablauf der Mahnfrist
3. Krankheiten und Unfälle nach Ablauf der Mahnfrist
4. Niederkunft und Tod nach Ablauf der Mahnfrist
5. Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes

**Artikel 15 Wann können die Prämienätze angepasst werden?**

1. Neuer Prämientarif
2. Anpassung auf Vertragsablauf
3. Kündigungsrecht
4. Zustimmung des Versicherungsnehmers

---

### Verschiedene Bestimmungen

---

**Artikel 16 Wie wird die Überschussbeteiligung ermittelt?**

1. Grundsatz
2. Berechnungsgrundlagen
3. Auflösung vor Ende der Abrechnungsperiode
4. Rückforderung

**Artikel 17 Wie ist die Fortsetzung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung geregelt?**

1. Fortsetzung des Versicherungsschutzes
2. Informationspflicht des Versicherungsnehmers
3. Einschränkungen

**Artikel 18 Was müssen Sie über die Vertragsdauer wissen?**

1. Kündigung im Schadenfall
2. Stillschweigende Erneuerung

**Artikel 19 An wen sind Mitteilungen zu richten?****Artikel 20 Wo befindet sich der Gerichtsstand?**

---

## Artikel 3 Welche Begriffe werden verwendet?

---

### 1. Krankheit

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.

### 2. Unfall

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 oder den Tod zur Folge hat.

### 3. Niederkunft

Niederkunft ist die Geburt eines Kindes der Versicherten, entweder wenn das Kind lebensfähig geboren wird, oder wenn das Kind bei der Geburt stirbt oder tot geboren wird und die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat.

### 4. Arbeitsunfähigkeit

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

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

### 5. Arzt

Arzt ist ein zur Berufsausübung zugelassener, eidgenössisch diplomierter oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesener Arzt.

### 6. Chiropraktor

Chiropraktor ist ein in der Schweiz zur Berufsausübung zugelassener Chiropraktor.

### 7. Ausland

Ausland ist das Staatsgebiet ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein.

### 8. Staaten der EU-15

Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Italien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien.

### 9. Staaten der EFTA

Norwegen, Island, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz.

---

## Artikel 4 Was ist nicht versichert?

---

### 1. Generelle Ausschlüsse

- Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen, welche durch die obligatorischen Unfallversicherung (UVG), oder eine anderweitige private Unfallversicherung versichert sind. Sind Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen nicht anderweitig versichert, besteht die Deckung nur in der Unfalltaggeld-Versicherung, wenn diese im Rahmen dieses Vertrages eingeschlossen wurde;
- Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft;
- Ereignisse infolge von Kriegshandlungen, bürgerlichen Unruhen und ionisierenden Strahlungen aller Art. Strahlenschäden, verursacht durch ärztliche Behandlung von versicherten Ereignissen, sind jedoch gedeckt.

### 2. Zeitlich begrenzte Ausschlüsse

- Krankheiten und Unfälle, welche bei Beginn des Vertrages oder bei Arbeitsantritt (nach Beginn des Vertrages) bereits eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit bewirken, bleiben von der Versicherung ausgeschlossen, bis die versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit vollständig wieder erlangt hat. Die Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer im Rahmen des arbeitsvertraglich vereinbarten Beschäftigungspensums gilt nur dann als vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, wenn dieses Beschäftigungspensum 100% beträgt und die versicherte Person mindestens während 20 Tagen ohne Unterbruch voll arbeitsfähig ist;
- während eines unbezahlten Urlaubs besteht kein Anspruch auf Taggeld. Wird die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs arbeitsunfähig, beginnt die vereinbarte Wartezeit am arbeitsvertraglich vereinbarten Endtermin des unbezahlten Urlaubs folgenden Tag. Nimmt die versicherte Person ihre Arbeit vor dem ursprünglich vereinbarten Termin auf, beginnt die Wartezeit spätestens dann, wenn die versicherte Person mindestens während 20 Tagen ohne Unterbruch voll arbeitsfähig gewesen ist;

- eine Arbeitsunfähigkeit, die während der Dauer der Untersuchungshaft, des Vollzuges einer strafrechtlichen Sanktion, die mit einem Freiheitsentzug verbunden ist, sowie des fürsorglichen Freiheitsentzugs eintritt, bleibt auch nach der Entlassung bis zur Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit von der Versicherung ausgeschlossen.

Ist die Arbeitsunfähigkeit vorher eingetreten, besteht während der Dauer der Untersuchungshaft und des Freiheitsentzuges kein Anspruch auf Taggeld. Die nicht entschädigten Tage werden trotzdem an die jeweils massgebende maximale Leistungsdauer angerechnet.

### 3. Freizügigkeitsabkommen

Haben versicherte Personen aufgrund des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeld-Versicherern Anspruch auf günstigere Bedingungen, so gehen diese vor.

---

## Artikel 5 Wo gilt die Versicherung?

---

### 1. Grundsatz

Die Versicherung gilt weltweit.

### 2. Arbeitsunfähigkeit und Auslandsaufenthalt

Wird eine versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes arbeitsunfähig, so werden die Leistungen während der Dauer der Landesabwesenheit für längstens 90 Tage pro versichertes Ereignis erbracht, für das die Wartezeit neu zu laufen beginnt. Eine arbeitsunfähige versicherte Person, die sich ohne schriftliche Zustimmung der Gesellschaft ins Ausland begibt, hat erst ab dem Zeitpunkt ihrer Rückkehr wieder Anspruch auf Leistungen.

### 3. Ausländische Versicherte

Wird eine versicherte Person ohne Niederlassungs- oder Jahresaufenthaltsbewilligung arbeitsunfähig während sie sich im Ausland aufhält, erlischt der Leistungsanspruch spätestens mit dem Ablauf der Frist, bis zu welcher der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Lohnzahlung verpflichtet ist. Der Anspruch beträgt jedoch im Maximum 90 Tage pro versichertes Ereignis, für das die Wartezeit neu zu laufen beginnt.

### 4. Grenzgänger

- Für versicherte Personen mit einer für die ganze Schweiz gültigen "Grenzgängerbewilligung EG/EFTA" (Angehörige von Staaten der EU-15/EFTA und von Malta und Zypern) gelten diese Leistungseinschränkungen nicht, solange sie sich in einem dieser Staaten aufhalten.
- Für die anderen Grenzgänger gelten diese Leistungseinschränkungen ebenfalls nicht, solange sie ihren Wohnsitz in der ausländischen Grenzzone haben und sich in dieser Grenzzone aufhalten.  
Als Grenzzone gelten die Regionen, die in den zwischen der Schweiz und ihren Nachbarstaaten abgeschlossenen Grenzgängerabkommen festgelegt sind.

---

## Artikel 6 Welche Personen sind versichert?

---

### 1. Versicherte Personen

Versichert sind diejenigen Personen, welche zu dem im Vertrag bezeichneten Personenkreis gehören, zum Arbeitgeber in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und das 70. Altersjahr noch nicht erreicht haben.

### 2. Besondere Vereinbarung

Folgende Personen sind nur aufgrund besonderer Vereinbarung im schriftlichen Vertrag versichert:

- der Betriebsinhaber;
- der Ehegatte oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitarbeiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet;
- Heimarbeiter;
- Personen, die mit festem Taggeld oder fixer Lohnsumme versichert sind.

### 3. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen, denen ein direkter Leistungsanspruch gegenüber der Gesellschaft zusteht, über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, über dessen Änderungen und Auflösung zu informieren. Die Gesellschaft stellt ihm zu diesem Zweck die erforderlichen Unterlagen (Merkblätter) zur Verfügung.

---

## Artikel 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

---

### 1. Arbeitnehmer

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag an dem der Arbeitnehmer aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, frühestens jedoch an dem im schriftlichen Vertrag aufgeführten Beginn.

### 2. Besondere Vereinbarung

Für Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind, ist eine Anmeldung einzureichen. Zur Prüfung des Risikos kann die Gesellschaft medizinische Auskünfte einholen oder eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der schriftlichen Annahmeerklärung durch die Gesellschaft.

### 3. Mitwirkungspflichten

Die versicherten Personen, für die eine Anmeldung einzureichen ist, sind verpflichtet, bei der Abklärung, ob die Anzeigepflicht bei der Anmeldung ordnungsgemäss erfüllt wurde, mitzuwirken, alle Auskünfte zu erteilen und Dritte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

---

## Artikel 8 Wann endet der Versicherungsschutz?

---

### 1. Beendigungsgründe

Für die einzelnen versicherten Personen erlischt der Versicherungsschutz für sämtliche für sie versicherten Leistungen:

- mit dem Erlöschen des Vertrages;
- mit deren Tod;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- sobald die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist;
- mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- mit Erreichen des 70. Altersjahres;
- für den Betriebsinhaber, die Ehegatten oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitarbeiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet, bei Aufgabe oder Unterbruch derjenigen Tätigkeit, die bei Abschluss der Versicherung für die Beurteilung des Risikos massgebend war;
- mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt;
- sobald sich die versicherte Person während mehr als 12 aufeinander folgende Monate ausserhalb Europas aufhält;
- mit der Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

### 2. Meldepflicht

Der Versicherungsnehmer hat der Gesellschaft innert 30 Tagen schriftlich zu melden, wenn

- sich ein Beendigungsgrund gemäss Ziffer 1 Bst. b, c, e, g, h, i, verwirklicht bei Personen, die mit festem Taggeld oder fixer Lohnsumme versichert sind;

---

## Obliegenheiten bei Eintritt des versicherten Ereignisses

---

---

### Artikel 10 Was ist bei Eintritt des versicherten Ereignisses zu beachten?

---

#### 1. Vorgehen

Gibt ein versichertes Ereignis voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen,

- ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anordnungen des Arztes und des Chiropraktors Folge zu leisten;
- hat der Versicherungsnehmer dies der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular wie folgt zu melden:  
bei Wartefrist bis 30 Tagen:
  - innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartefristbei Wartefrist 31 und mehr Tagen:
  - spätestens bei Ablauf der Wartefrist.

Zur Begründung des Anspruches hat der Versicherungsnehmer, bzw. die versicherte Person die erforderlichen Arztzeugnisse mit Angabe der vollständigen Diagnose beizubringen.

- sich ein Beendigungsgrund gemäss Ziffer 1 Bst. b, c, e, g, h, i verwirklicht bei Personen mit laufenden Leistungen;
- sich ein Beendigungsgrund gemäss Ziffer 1 Bst. j verwirklicht.

---

### Artikel 9 Wann erlischt der Anspruch bei laufenden Leistungen und wann besteht Anspruch auf Nachleistung?

---

#### 1. Erlöschen laufender Leistungen

Besteht in den Fällen gemäss Artikel 8 Anspruch auf Leistungen, erlischt dieser Anspruch mit Erlöschen des Versicherungsschutzes. Vorbehalten bleibt der Anspruch auf Nachleistung gemäss Ziffer 2.

#### 2. Anspruch auf Nachleistung

- Die Gesellschaft bezahlt das Taggeld für versicherte Ereignisse, welche im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes eine Arbeitsunfähigkeit bewirken, wenn der Versicherungsschutz aus den in Artikel 8 Bst. a und c genannten Gründen erlischt und kein anderer Beendigungsgrund gemäss Artikel 8 Bst. b, d bis g und i vorliegt;
- Wenn der Versicherungsschutz aus dem in Artikel 8 Bst. h genannten Grund erlischt, besteht der Anspruch auf Nachleistung gemäss Bst. a nur dann, wenn es sich bei der abgelaufenen Aufenthaltsbewilligung um eine Grenzgängerbewilligung handelte. Bei anderen Bewilligungen besteht in keinem Fall ein Anspruch auf Nachleistung;
- Der Anspruch auf Nachleistung besteht auch dann, wenn der Versicherungsschutz aus dem in Artikel 8 Bst. j genannten Grund erlischt;
- Wenn der Versicherungsschutz aus den in Artikel 8 Bst. b, d bis g und i genannten Gründen erlischt, besteht in keinem Fall ein Anspruch auf Nachleistung.

Nachleistungen werden bis zum Ablauf der im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25.6.1982), nur dann erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache und höchstens im bisherigen Grad ununterbrochen andauert.

Für den Betriebsinhaber, für Ehegatten oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitarbeiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet, werden die Nachleistungen jedoch längstens während 180 Tagen bezahlt.

Hat die versicherte Person Wohnsitz im Ausland und gilt sie nicht als Grenzgänger im Sinne von Artikel 5 Ziffer 4 Bst. a werden die Nachleistungen jedoch längstens während 90 Tagen bezahlt.

Wenn die versicherte Person von ihrem Recht auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung (Artikel 17) Gebrauch gemacht hat oder Anspruch auf Freizügigkeit hat, besteht der Anspruch auf Nachleistung nicht.

Sind die anspruchsbegründenden Unterlagen nicht in einer schweizerischen Landessprache oder in Englisch verfasst, hat die versicherte Person sie auf Verlangen der Gesellschaft auf eigene Kosten amtlich beglaubigt übersetzen zu lassen.

#### 2. Auskunftspflicht

Die Gesellschaft ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen, sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse zu verlangen. Auf Verlangen hat sich die versicherte Person einer Untersuchung durch einen von der Gesellschaft bestimmten Arzt zu unterziehen. Die erforderlichen Reisekosten in der Schweiz (Bahnбилет 2. Klasse) gehen zu Lasten der Gesellschaft.

Die versicherte Person hat die Ärzte und Chiropraktoren, die sie behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft zu entbinden.

Die versicherte Person hat die Gesellschaft zu ermächtigen, bei Arbeitsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenstellen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen.

### 3. Schadenminderung

Die versicherte Person hat zur Schadenminderung insbesondere

- ihre bisherige Tätigkeit anzupassen oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben. Sie wird hierzu von der Gesellschaft unter Ansetzung einer angemessenen Frist aufgefordert. Der Versicherungsnehmer hat bei längeren Arbeitsunfähigkeiten die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu fördern und der versicherten Person eine andere angemessene Arbeit zuzuweisen;
- ihre Ansprüche bei den zuständigen Sozialversicherungsstellen fristgerecht anzumelden;
- sich bei Anspruch auf Taggeld, ohne anderslautende schriftliche Vereinbarung, einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle (mindestens alle 4 Wochen) zu unterziehen;
- in ein Spital, eine Klinik oder Kuranstalt einzutreten, wenn dies für die Heilung zweckmässig erscheint.

### 4. Informationspflicht

Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person schriftlich über die Verhaltenspflichten bei Eintritt des versicherten Ereignisses.

---

#### Artikel 11 Wie werden die Leistungen bei Quellensteuerpflichtigen ausbezahlt?

---

##### 1. Bei Auszahlung an die versicherte Person

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die der Quellenbesteuerung unterstehenden Arbeitnehmer der Gesellschaft zu melden.

Werden der Quellensteuer unterliegende Leistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt, werden sie um den geschuldeten Steuerabzug gekürzt.

---

## Prämien

---

---

#### Artikel 13 Wie ist die Prämienzahlung geregelt?

---

##### 1. Grundlage für die Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämien sind:

- Bei Versicherung aufgrund der Löhne  
Der AHV-Lohn pro Person und Jahr, vorbehalten bleiben andere Vereinbarungen. Die an nicht AHV-pflichtige Personen bezahlten Löhne sind ebenfalls nach den AHV-Normen zu berücksichtigen.
- Bei Versicherung fester Taggelder oder fixer Lohnsumme  
Würden feste Taggelder oder fixe Lohnsummen vereinbart, gelten diese. Bei unterjähriger Prämienbemessung pro versicherte Person wird die Anzahl der Kalendertage berücksichtigt.

##### 2. Vorausprämie und Prämienberechnung

Sind Vorausprämien vereinbart, gibt der Versicherungsnehmer der Gesellschaft die für die Prämienabrechnung notwendigen Angaben bekannt. Gestützt auf diese Angaben werden die endgültigen Prämienbeträge berechnet. Die Angaben sind der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Deklarationsformulars unter Beilage eines Doppels der AHV-Abrechnung oder elektronisch über die zertifizierte Lohnbuchhaltung gemäss Lohnstandard-CH (ELM) zu übermitteln.

##### 3. Meldepflicht

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht innert der von der Gesellschaft eingeräumten Frist nicht nach, so setzt sie die geschuldeten Prämienbeträge durch Einschätzung fest.

##### 4. Akteneinsicht

Die Gesellschaft kann die Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (z.B. Lohnbücher, Lohnabrechnung, etc.) nachprüfen.

##### 5. Abweichung von der Vorausprämie

Weicht die definitive Prämie von der Vorausprämie ab, kann diese angepasst werden.

---

#### Artikel 14 Welches sind die Folgen bei Prämienverzug?

---

##### 1. Prämienverzug

Wird die Prämie nicht fristgerecht entrichtet, so fordert die Gesellschaft den Versicherungsnehmer schriftlich unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf, die ausstehende Prämie samt Kosten innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, zu bezahlen.

##### 2. Versicherte Ereignisse vor Ablauf der Mahnfrist

Versicherte Ereignisse, die vor Ablauf der Mahnfrist eintreten bleiben versichert.

### 2. Bei Auszahlung an den Versicherungsnehmer

Dem Versicherungsnehmer können der Quellensteuer unterliegende Leistungen ungekürzt überwiesen werden. Er hat in diesem Fall den nach den massgeblichen Steuergesetzen vorgesehenen Steuerabzug vorzunehmen, und allen dem Schuldner der steuerbaren Leistung von Gesetzes wegen obliegenden Pflichten nachzukommen, namentlich rechtzeitig mit den zuständigen Steuerbehörden abzurechnen.

Der Versicherungsnehmer haftet für sämtlichen Schaden, welcher der Gesellschaft aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtungen erwachsen sollte, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

---

#### Artikel 12 Wann werden die Leistungen gekürzt?

---

##### 1. Nichtbefolgen von vertraglichen Obliegenheiten

Wenn die vertraglichen Obliegenheiten nicht erfüllt werden, hat die Gesellschaft das Recht, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung.

##### 2. Grobfahrlässigkeit

Die Gesellschaft verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, ihre Leistungen zu kürzen, wenn die versicherte Person das versicherte Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt hat.

##### 3. Aufteilung bei mehreren Gesundheitsbeeinträchtigungen

Sind Gesundheitsbeeinträchtigungen nur zum Teil auf versicherte Ereignisse zurückzuführen, werden die Leistungen nach sachverständigem Ermessen verhältnismässig festgelegt.

##### 3. Krankheiten und Unfälle nach Ablauf der Mahnfrist

Für Krankheiten und Unfälle, die erst nach Ablauf der Mahnfrist zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, ruht der Versicherungsschutz. Für Rückfälle bleibt dieser Deckungsausschluss bestehen.

##### 4. Niederkunft und Tod nach Ablauf der Mahnfrist

Für Niederkunft und Tod, die erst nach Ablauf der Mahnfrist eintreten, ruht der Versicherungsschutz.

##### 5. Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes

Jede ruhende Versicherung kann durch die Gesellschaft wieder in Kraft gesetzt werden, wenn sämtliche ausstehenden und seither fällig gewordenen Prämien samt Zins und Kosten bezahlt sind.

Für den Betriebsinhaber und für die Ehegatten oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitarbeiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet, kann die Wiederinkraftsetzung von einem erneuten Gesundheitsnachweis abhängig gemacht werden.

---

#### Artikel 15 Wann können die Prämiensätze angepasst werden?

---

##### 1. Neuer Prämientarif

Ändert während der Vertragsdauer der Prämientarif, so kann die Gesellschaft die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Die neue Prämie wird dem Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt gegeben.

##### 2. Anpassung auf Vertragsablauf

Auf Ablauf der Vertragsdauer sowie jedes folgenden Versicherungsjahres kann die Gesellschaft die Prämien an den Schadenverlauf sowie die allfällig veränderte Zusammensetzung des versicherten Personenkreises (Alter und Geschlecht) anpassen. Die Gesellschaft teilt dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres die neuen Prämiensätze mit.

##### 3. Kündigungsrecht

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag in seiner Gesamtheit oder nur in Bezug auf die Leistungsart, deren Prämie erhöht wurde, auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag im entsprechenden Umfang mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen.

##### 4. Zustimmung des Versicherungsnehmers

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

---

## Verschiedene Bestimmungen

---

---

### Artikel 16 Wie wird die Überschussbeteiligung ermittelt?

---

#### 1. Grundsatz

Nach Ablauf einer Abrechnungsperiode von jeweils drei Jahren, erstmals nach Ablauf von drei vollen Kalenderjahren, ist der Versicherungsnehmer mit dem im schriftlichen Vertrag vereinbarten Prozentsatz an einem allfälligen Überschuss aus seinem Vertrag beteiligt.

#### 2. Berechnungsgrundlagen

Als Überschuss gilt die Differenz zwischen den auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien einerseits und den erbrachten Versicherungsleistungen, die während der Abrechnungsperiode begonnen haben, und für Freizügigkeitsfälle, die in der Abrechnungsperiode vom Vorversicherer übernommen werden, sowie den Verwaltungskosten andererseits.

Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode übertragen. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die massgebenden Schadenfälle abgeschlossen sind.

#### 3. Auflösung vor Ende der Abrechnungsperiode

Es entsteht kein Anspruch auf Überschussbeteiligung, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

#### 4. Rückforderung

Werden nach erfolgter Abrechnung Schadenfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, kann die Gesellschaft bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückerfordern.

---

### Artikel 17 Wie ist die Fortsetzung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung geregelt?

---

#### 1. Fortsetzung des Versicherungsschutzes

Die versicherte Person hat das Recht, die Versicherung als Einzelversicherung zum Einzelltarif und zu den massgebenden Zusatzbedingungen weiterzuführen, wenn:

- der Versicherungsschutz aus den in Artikel 8, Ziffer 1, Bst. a, c oder j genannten Gründen erlischt und kein anderer Beendigungsgrund gemäss Artikel 8 Ziffer 1 vorliegt;
- im Zeitpunkt der Aufgabe oder des Unterbruches der Tätigkeit gemäss Artikel 8 Ziffer 1 Bst. g aufgrund eines versicherten Ereignisses eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht.

Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes ist von der versicherten Person innert 90 Tagen nach seinem Entstehen schriftlich geltend zu machen, ansonsten es erlischt.

Für versicherte Personen, die unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis infolge der Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Artikel 8 Ziffer 1 Bst. c) als arbeitslos im Sinne von Artikel 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten, ist das Recht innert 3 Monaten geltend zu machen, ab dem Zeitpunkt, in dem sie über ihr Recht schriftlich aufgeklärt worden sind.

#### 2. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat die ausscheidenden Personen spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens über die Möglichkeit der Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung und die Frist zur Geltendmachung spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens schriftlich zu informieren. Allfällige Rechtsansprüche, welche bei Nichtinformation geltend gemacht werden, hat die versicherte Person unter Vorbehalt zwingender gesetzlicher Bestimmungen gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend zu machen.

Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person nicht rechtzeitig schriftlich informiert oder kann er den entsprechenden Nachweis nicht erbringen, hat er die Gesellschaft schadlos zu halten, falls diese gegenüber der versicherten Person verpflichtet bleibt. Insbesondere schuldet er der Gesellschaft die entgangene Prämien Differenz.

### 3. Einschränkungen

Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht nicht:

- wenn die versicherte Person Nachleistungen (Artikel 9) bezieht;
- bei Stellenwechsel, wenn aufgrund des Freizügigkeitsabkommens unter den Kollektiv-Krankenversicherern ein Anspruch auf Übertritt in die Kollektiv-Krankenversicherung des neuen Arbeitgebers besteht;
- für versicherte Personen, mit einer befristeten Anstellungsdauer oder deren Arbeitsverhältnis in der Probezeit endet, ausgenommen sie gelten unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis im Sinne von Artikel 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) als arbeitslos;
- wenn die versicherte Person beim Ausscheiden das ordentliche AHV-Alter erreicht hat;
- wenn die versicherte Person im Ausland Wohnsitz hat;
- wenn die versicherte Person über keine Aufenthaltsbewilligung verfügt, die sie zur Erwerbstätigkeit in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein berechtigt;
- im Falle einer Anzeigepflichtverletzung sowie des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs durch die versicherte Person;
- für den Betriebsinhaber (vorbehältlich Artikel 17 Ziffer 1 Bst. b);
- für die Ehegatten oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitarbeiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet (vorbehältlich Artikel 17 Ziffer 1 Bst. b);
- bei Auflösen des vorliegenden Vertrages infolge Abschluss eines neuen bei einem anderen Versicherer, der aufgrund des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeld-Versicherern die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;
- für die Versicherung des Lohnnachgenusses im Todesfall;
- für die Versicherung von Betriebshelfern in der Landwirtschaft.

---

### Artikel 18 Was müssen Sie über die Vertragsdauer wissen?

---

#### 1. Kündigung im Schadenfall

Bei jedem versicherten Ereignis, für den die Gesellschaft eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage nach Erhalt der Schlusszahlung den Vertrag schriftlich kündigen.

Wird der Vertrag gekündigt, so erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung bei der Gesellschaft.

Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.

Die Gesellschaft verzichtet auf das Kündigungsrecht im Schadenfall.

Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Kündigungs- bzw. Rücktrittsgründe im Falle einer Anzeigepflichtverletzung sowie des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs.

#### 2. Stillschweigende Erneuerung

Wird der Vertrag nicht mindestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer schriftlich gekündigt, so gilt er jeweils als für ein Jahr erneuert.

---

### Artikel 19 An wen sind Mitteilungen zu richten?

---

Alle dem Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Anspruchsberechtigten obliegenden Anzeigen und Mitteilungen sind an die zuständige Geschäftsstelle oder an die Direktion der Gesellschaft zu richten.

---

### Artikel 20 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

---

Der Gerichtsstand für Streitigkeiten richtet sich nach dem Gerichtsstandsgesetz. Zusätzlich gilt für Kollektivkrankentaggeld-Versicherungen mit Arbeitgebern als Gerichtsstand für die Arbeitnehmer auch deren Arbeitsort.