

Krankentaggeld- versicherung (KTG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2021-05



Das Wichtigste im Überblick

Die nachstehende Kundeninformation gibt Ihnen gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) einen Überblick über unsere Identität als Versicherer und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags. Der Versicherungsvertrag besteht aus der Offerte/dem Antrag, allfälligen Gesundheitsdeklarationen, der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB).

Bitte beachten Sie, dass die versicherten Risiken und die versicherten Personen individuell vereinbart werden, massgebend für allfällige Leistungsansprüche ist Ihr eigener Versicherungsvertrag. Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag sowie den anwendbaren gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem VVG.

Wer ist der Versicherungsträger?

Versicherungsträger ist die Elips Versicherungen AG (nachfolgend «elipsLife» genannt) mit Sitz am Gewerbeweg 15 in 9490 Vaduz.

Wer ist der Versicherungsnehmer?

Versicherungsnehmer ist die natürliche oder juristische Person, welche die Offerte/den Antrag bzw. die Versicherungspolice abschliesst und als Vertragspartner auftritt.

Wer ist versichert?

Versichert sind grundsätzlich alle Arbeitnehmer, unabhängig von ihrem Wohnort, welche zum Arbeitgeber (dem Versicherungsnehmer) in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und der staatlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) unterstellt sind.

Selbständigerwerbende und deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten, sind mitversichert, sofern diese im Versicherungsvertrag namentlich erwähnt sind.

Was ist versichert?

Versichert sind die finanziellen Risiken, welche durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entstehen.

Optional versichern können Sie

- den Lohnausfall infolge Unfall für Selbständigerwerbende und mitarbeitende Familienmitglieder
- eine Geburtengelddeckung in Ergänzung zur Mutterschaftsversicherung
- den Lohnnachgenuss gemäss Art. 338 Abs. 2 OR bei Tod eines Arbeitnehmers

Die Leistungspflicht von elipsLife erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden bis hin zur maximal vereinbarten Versicherungssumme unter Anrechnung von Leistungen Dritter. Es handelt sich somit um eine Schaden- und nicht um eine Summenversicherung.

Welche Leistungen erbringt elipsLife?

Die folgenden Informationen betreffen den zur Auswahl stehenden Versicherungsschutz. Eine abschliessende allgemeine Beschreibung des Versicherungsschutzes und seiner Einschränkungen kann den Versicherungsbedingungen entnommen werden. Angaben zum vom Versicherungsnehmer zusammengestellten Versicherungsschutz und individuelle Angaben, wie z.B. die vereinbarte Versicherungssumme, sind im Versicherungsvertrag zu finden.

Es besteht Versicherungsschutz für alle versicherten Leistungsfälle, welche während der Vertragsdauer und im Rahmen des Anstellungsverhältnisses eintreten. elipsLife leistet bei ärztlich bestätigter Arbeitsunfähigkeit (mind. 25 %) infolge Krankheit nach Ablauf der Wartezeit das vereinbarte Krankentaggeld für max. 730 Tage. Das Gleiche gilt für das optionale Unfalltaggeld für die namentlich erwähnten Personen.

Für versicherte Personen, die eine Kurzaufenthaltsbewilligung besitzen und sich im Ausland aufhalten, wird das Taggeld längstens für die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ausgerichtet. Massgebend für die Ermittlung der Leistungsdauer sind die jeweilige Skala (basierend auf dem kantonalen Firmensitz) sowie das Dienstalter der versicherten Person.

Die Leistungsdauer des Geburtengelds ist auf maximal 112 Tage limitiert.

Das Case Management von elipsLife steht erkrankten oder verunfallten Personen während des Genesungsprozesses sowie der Reintegration zur Seite. Eine schnelle und nachhaltige Wiedereingliederung von betroffenen Personen hilft dem Unternehmen, die Kosten für Langzeitfälle zu reduzieren.

Welche Leistungen sind unter anderem nicht versichert?

Nicht versichert sind

- bei Versicherungsbeginn bestehende Arbeitsunfähigkeiten
- Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind
- Arbeitsunfähigkeiten während eines unbezahlten Urlaubs

Nachstehend finden Sie die gebräuchlichsten Leistungsausschlüsse, bei denen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

Bei Krankheiten und Unfällen:

- Auslandsaufenthalt während einer laufenden Arbeitsunfähigkeit ohne ausdrückliche Genehmigung durch elipsLife.
- Folgen von kriegerischen Ereignissen, Unruhen, strafbaren Handlungen sowie Schlägereien bei Beteiligung der versicherten Person.
- Folgen von kriegerischen Ereignissen und Unruhen bei Auslandsreisen in ein Land mit bestehender Reisewarnung des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA). Wird die versicherte Person von einem Krieg überrascht, besteht ein temporärer Versicherungsschutz. Die Ausreise hat innert 14 Tagen zu erfolgen.
- Für alle im Versicherungsvertrag namentlich erwähnten Personen gilt bei Mutterschaft (für Ansprüche auf Kranken- sowie Geburtengeld) eine Karenzfrist von 270 Tagen ab Beginn der Versicherungsdeckung. Leistungsansprüche können erst nach Ablauf der Karenzfrist geltend gemacht werden.

Bei Unfällen:

- Folgen von Erdbeben in der Schweiz und Liechtenstein.
- Folgen eines Blutalkoholgehalts von $\geq 1,8$ ‰.
- Folgen von besonders grossen Gefahren, sogenannten Wagnissen.

Die komplette Aufzählung der Leistungsausschlüsse finden Sie unter Art. 3.1. AVB.

Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie fällig?

Die Höhe der Prämie hängt vom versicherten Risiko und den versicherten Deckungen ab. Die Prämie ergibt sich aus der betrieblichen AHV-Lohnsumme, multipliziert mit dem Prämienatz gemäss Versicherungsvertrag, und ist im Voraus durch den Versicherungsnehmer geschuldet. Die Fälligkeit der Prämie wird in der Prämienrechnung vermerkt.

Sofern es sich nicht um eine fest vereinbarte Lohnsumme handelt, werden die Prämien für die versicherten Arbeitnehmer jährlich provisorisch festgesetzt. Die definitive Prämienabrechnung erfolgt nach Ablauf des Versicherungsjahrs anhand der zu deklarierenden Löhne.

Geraten Sie als Versicherungsnehmer mit den Prämienzahlungen in Verzug, tritt nach Ablauf der Mahnfrist der Deckungsunterbruch ein. Wir empfehlen Ihnen, bei finanziellen Engpässen rechtzeitig mit uns in Kontakt zu treten.

Welches sind die wichtigsten Pflichten des Versicherungsnehmers?

- Pünktliche Begleichung der Prämien sowie Meldung der effektiven Lohnsummen zur Berechnung der definitiven Prämienabrechnung
- Fristgerechte Anmeldung der Leistungsfälle
- Aufklärung der versicherten Person über den Deckungsumfang und ihre Verhaltenspflichten sowie das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung beim Austritt aus dem Betrieb
- Anzeige der Änderung von vertragsrelevanten Faktoren (Gefahrserhöhung)

Die komplette Aufzählung der Obliegenheiten finden Sie unter Art. 7 AVB.

Wann beginnt und endet der Vertrag?

Der Beginn ist das im Versicherungsvertrag vereinbarte Datum. Unabhängig von der vereinbarten Vertragsdauer dürfen Sie den Versicherungsvertrag spätestens nach drei Jahren kündigen. Nach Ablauf der Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag stillschweigend um ein Jahr, sofern Sie diesen nicht drei Monate vor Ende des Kalenderjahrs kündigen.

Der Versicherungsvertrag erlischt automatisch und mit sofortiger Wirkung bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland.

Prämienanpassungen durch elipsLife werden Ihnen mit einer Vorlaufzeit von mindestens 30 Tagen mitgeteilt. Sie haben in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag per Ende des laufenden Kalenderjahrs zu kündigen.

Wie wird eine Überschussbeteiligung ermittelt und abgerechnet?

Eine Überschussbeteiligung können Sie optional vereinbaren. Relevant für die Abrechnung sind die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen sowie der massgebende Prämienanteil der Überschussperiode, welche üblicherweise drei Jahre beträgt. Ihr Anspruch auf die Überschussbeteiligung entsteht jeweils am Ende der jeweiligen Überschussperiode und die Abrechnung erfolgt, sobald die Prämien vollständig beglichen sind. Die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen werden vom massgebenden Prämienanteil abgezogen. Sofern daraus eine positive Differenz resultiert, wird Ihnen diese in Form einer Gutschrift rückerstattet.

Wie behandelt elipsLife Ihre Daten?

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt elipsLife personenbezogene Daten vom Versicherungsnehmer und von den versicherten Personen. Eine Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie entsprechende Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht werden von den versicherten Personen im Einzelfall eingeholt.

elipsLife bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt.

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können Auskunft über die über sie gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Berichtigung ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Diese Rechte können unter der nachfolgenden Adresse geltend gemacht werden: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich oder compliance@elipsLife.com.

Können Sie Ihren Antrag zum Abschluss widerrufen?

Nein. In den betrieblichen Personenversicherungen haben Sie kein Recht auf Widerruf.

Wann müssen Sie uns einen Leistungsfall anmelden?

Eine Arbeitsunfähigkeit, die voraussichtlich zu Leistungen führt, ist innert 5 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit anzumelden. Bei längeren Wartezeiten (> 21 Tage) verlängert sich diese Anmeldefrist auf 30 Tage. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist eine ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Der Tod einer versicherten Person ist unverzüglich zu melden.

Geltungsdauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht während der Vertragsdauer. Er beginnt für den einzelnen Arbeitnehmer am Tag des Arbeitsantritts, frühestens aber mit Beginn des Versicherungsvertrags.

Für Personen, die bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder im Zeitpunkt der Auflösung des Versicherungsvertrags arbeitsunfähig sind, besteht eine Nachleistung maximal bis zum Ende der Leistungsdauer. Kein Anspruch auf Nachleistung besteht bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit, bei befristeten Anstellungsverhältnissen von drei Monaten oder weniger sowie bei Pensionierung. In diesen Fällen endet eine allfällige Leistungspflicht für eine Arbeitsunfähigkeit, die während des Arbeitsverhältnisses eingetreten ist, spätestens bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. bei Pensionierung.

Für Leistungsfälle, die während eines Deckungsunterbruchs eintreten (wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung durch den Versicherungsnehmer erfolgt ist) ruht der Versicherungsschutz bis zur vollständigen Begleichung der überfälligen Prämie. Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Beschwerden

Ihr Vermittler sowie die elipsLife stellen eine fachgerechte Bearbeitung Ihrer Anliegen sicher. Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, können Sie Ihre Beschwerde an die folgende Stelle richten:

elipsLife
Compliance
Thurgauerstrasse 54
Postfach
8054 Zürich

Sind Sie mit unserer Antwort nicht zufrieden, können Sie sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz

Inhalt

Krankentaggeldversicherung (KTG) Allgemeine Versicherungs- bedingungen (AVB) für die Schweiz

1.	Grundlagen der Versicherung	6
1.1.	Versicherungsträger	6
1.2.	Grundlagen des Vertrages	6
1.3.	Gegenstand der Versicherung	6
1.4.	Versicherungsnehmer	6
1.5.	Versicherte Personen	6
1.6.	Örtlicher Geltungsbereich	7
1.7.	Zeitlicher Geltungsbereich	7
1.8.	Männliche und weibliche Form	7
2.	Versicherungsleistungen	7
2.1.	Leistungsumfang	7
2.2.	Leistungsvoraussetzungen	7
2.3.	Versicherter Verdienst	8
2.4.	Maximaldeckung	8
2.5.	Leistungsdauer	8
2.6.	Rückerstattung	9
2.7.	Leistungsausrichtung	9
3.	Einschränkungen des Deckungsumfangs	10
3.1.	Leistungsausschlüsse	10
3.2.	Leistungseinschränkungen	11
3.3.	Grobfahrlässigkeit	11
4.	Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes	11
4.1.	Beginn des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsdeklaration	11
4.2.	Einzelprüfung mit Gesundheitsdeklaration	11
4.3.	Ende des Versicherungsschutzes	11
4.4.	Versicherungsschutz nach der maximalen Leistungsdauer	12
4.5.	Übertritt in die Einzelversicherung	12
5.	Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages	13
5.1.	Beginn des Versicherungsvertrages	13
5.2.	Dauer des Versicherungsvertrages	13
5.3.	Beendigung des Versicherungsvertrages	13
6.	Prämien	13
6.1.	Prämienberechnung	13
6.2.	Prämienzahlung	13
6.3.	Prämienbefreiung im Schadenfall	14
6.4.	Prämienanpassungen	14
6.5.	Überschussbeteiligung	14
7.	Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall	15
7.1.	Pflichten im Schadenfall	15
7.2.	Schadenminderung	15
7.3.	Auskunftspflicht	15
7.4.	Verletzung der Mitwirkungspflichten	15
7.5.	Quellensteuer	15
8.	Leistungen Dritter	16
8.1.	Koordination	16
8.2.	Überentschädigung	16
9.	Kundendaten und Datenschutz	17
10.	Schlussbestimmungen	18
10.1.	Verrechnung	18
10.2.	Abtretung und Verpfändung	18
10.3.	Örtliche Geltung	18
10.4.	Mitteilungen	18
10.5.	Gerichtsstand	18
10.6.	Meldepflicht des Versicherungsnehmers	18
10.7.	Informationspflicht des Versicherungsnehmers	18
11.	Glossar	19
11.1.	Verwendete Abkürzungen	19

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Elips Versicherungen AG, Vaduz LI, nachfolgend elipsLife genannt.

1.2. Grundlagen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag besteht aus der Offerte resp. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen, der Versicherungspolice, den in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB) sowie den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Soweit im Versicherungsvertrag eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

1.3. Gegenstand der Versicherung

Die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen ist eine Risikoversicherung und deckt den Lohnausfall, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit entsteht. Die Deckung des Lohnausfalls infolge eines Unfalls für Selbständigerwerbende ohne freiwillige Unfallversicherung, eine Geburtengelddeckung in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss EO und der Lohnnachgenuss im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR können zusätzlich versichert werden. Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.4. Versicherungsnehmer

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

1.5. Versicherte Personen

1.5.1. Arbeitnehmer

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

- a) zum Versicherungsnehmer in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und
- b) der AHV unterstellt sind.

Dazu zählen:

- Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers inkl. mitarbeitender Familienmitglieder, die AHV-Beiträge entrichten,
- sofern namentlich erwähnt, Selbständigerwerbende im Sinne der AHV sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten,
- Lernende, die der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) unterstehen,
- kurzfristige Aushilfen (d.h. Aushilfen mit einem bis zu drei Monate befristeten Aushilfsvertrag),
- Heimarbeiter im Sinne von Art. 351 OR,
- Personen mit Wohnsitz im Ausland, die dem schweizerischen Sozialversicherungssystem unterstehen.

Personen, die nach Erreichen des AHV-Alters weiterarbeiten, gehören bis zur Vollendung des 70. Altersjahrs zum versicherten Personenkreis, sofern sie bei Eintritt ins AHV-Alter bereits beim Versicherungsnehmer beschäftigt sowie voll arbeitsfähig waren. Personen mit Grenzgängerbewilligung (G) sind unter den gleichen Voraussetzungen versichert.

1.5.2. Personen mit fester Jahreslohnsumme

Selbständigerwerbende im Sinne der AHV sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten, sind nur versichert, sofern sie namentlich und mit fester Lohnsumme in der Versicherungspolice aufgeführt sind.

Geschäftsführer, welche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmer gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern. Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.5.3. Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- a) das dem Versicherungsnehmer von Drittunternehmen ausgeliehene Personal,
- b) Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind.

1.6. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt.

1.7. Zeitlicher Geltungsbereich

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen während der in der Versicherungspolice festgelegten Vertragsdauer, längstens aber bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages. Vorbehalten sind die Bestimmungen über die Nachleistung.

1.8. Männliche und weibliche Form

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

2. Versicherungsleistungen

2.1. Leistungsumfang

2.1.1. Allgemein

Die versicherten Leistungen werden zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife vereinbart und bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Vertragsbedingungen.

2.1.2. Taggeld

Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

2.1.3. Lohnnachgenuss

Stirbt eine versicherte Person infolge einer versicherten Krankheit, so übernimmt der Versicherer die vom Versicherungsnehmer geschuldete gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR, sofern mitversichert. In Ergänzung zu Art. 338 Abs. 2 OR findet diese Regelung auch für Selbständigerwerbende Anwendung.

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

2.1.4. Geburtengeld

Das Geburtengeld ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach EOG. Es wird nicht ausgerichtet, wenn das Anstellungsverhältnis der versicherten Person vor der Geburt endet. Während des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG oder auf Geburtengeld ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

2.1.5. Familienzulagen

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

2.2. Leistungsvoraussetzungen

2.2.1. Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gesundheitsstörungen infolge von Schwangerschaft oder Geburt gelten als Krankheit.

2.2.2. 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.

2.2.3. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent besteht.

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

2.2.4. Tod

Der Tod muss amtlich bescheinigt sein und durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sein.

2.2.5. Mutterschaft

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG.

2.3. Versicherter Verdienst

2.3.1. Allgemein

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Verdienstes. Das ermittelte Taggeld wird pro Kalendertag ausgerichtet. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung).

2.3.2. AHV-Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für das Taggeld ist der letzte vor dem Versicherungsfall bei dem Versicherungsnehmer bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf welche ein Rechtsanspruch besteht. Als Grundlage für die Bemessung gelten auch Löhne, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind. Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionen, Umsatzbeteiligungen, unregelmässige Aushilfstätigkeit usw.), wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten zwölf Monaten vor Arbeitsunfähigkeit erzielte Lohn durch 365 geteilt. Beträgt die Zeitperiode vor Arbeitsunfähigkeit weniger als zwölf Monate, erfolgt die Berechnung des Taggeldes analog.

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

2.3.3. Feste Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für die in der Versicherungspolice namentlich aufgeführten Personen ist die im Voraus vereinbarte feste Lohnsumme (bestehend aus AHV-Lohn und Gewinnungskosten, d.h. die Kosten im Zusammenhang mit der Erzielung von Einkünften).

Für eine Erhöhung der vereinbarten festen Lohnsumme ist jeweils eine erneute medizinische sowie wirtschaftliche Prüfung erforderlich. Eine allfällige Ablehnung des Antrags durch elipsLife erfolgt nur auf der beantragten Versicherungserhöhung.

2.4. Maximaldeckung

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

2.5. Leistungsdauer

2.5.1. Grundsatz

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

Für versicherte Personen, die eine Kurzaufenthaltsbewilligung besitzen und sich im Ausland aufhalten wird das Taggeld längstens für die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ausgerichtet.

2.5.2. Wartefrist

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall berechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

2.5.3. Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalls. Die bereits verrechnete Wartefrist wird bei einem anerkannten Rückfall nicht erneut in Abzug gebracht.

2.5.4. Nachleistung

Für Personen, die im Zeitpunkt der Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses oder im Zeitpunkt der Auflösung des Versicherungsvertrags voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, und wenn ein Leistungsfall vorliegt, besteht eine befristete Nachleistung.

Der Leistungsanspruch gilt bis zum Ende dieses Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Kein Anspruch auf Nachleistung besteht:

- a) Wenn ein anderer Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterausrichtung der Taggelleistungen gewährleisten muss
- b) Bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit
- c) bei Beendigung eines befristeten Anstellungsverhältnisses von drei Monaten oder weniger,
- d) bei Pensionierung, auch wenn diese vorzeitig erfolgt.

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

2.5.5. Leistungsdauer bei Geburt

Besteht ein Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG, wird das versicherte Geburtengeld unter Abzug der staatlichen resp. kantonalen Mutterschaftsentschädigung ab Geburt ausgerichtet, sofern diese Leistung gemäss Versicherungsvertrag mitversichert wurde. Die maximale Leistungsdauer wird im Versicherungsvertrag festgelegt. Der Anspruch auf das Geburtengeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

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

2.5.6. Leistungsdauer im AHV-Alter

Für versicherte Personen, die bei Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters oder nach einer vorzeitigen Pensionierung weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld, bis die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abgegolten ist, maximal jedoch noch insgesamt für 180 Tage ab ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung und längstens bis zum vollendeten 70. Lebensjahr. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Die gemäss dieser Bestimmung verkürzte Leistungsdauer findet auch auf alle im Zeitpunkt der Weiterbeschäftigung nach der Pensionierung bereits laufenden Versicherungsfälle Anwendung.

2.5.7. Anrechnung bei Vertragsübernahme

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

2.5.8. Leistung im Todesfall

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen, wenn der Tod amtlich bescheinigt ist. Vorbehalten sind die Bestimmungen über den Leistungsausschluss nach Art. 3.1. der vorliegenden AVB.

2.6. Rückerstattung

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen sind elipsLife zurückzuerstatten.

2.7. Leistungsausrichtung

2.7.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld monatlich nachschüssig bezahlt. Die Taggelleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die versicherten Personen ausgerichtet, solange diese beim Versicherungsnehmer angestellt sind.

2.7.2. Auszahlung des Lohnnachgenusses

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

3. Einschränkungen des Deckungsumfangs

3.1. Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen nicht zugelassenen Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde,
- c) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- d) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- e) wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung seitens des Versicherungsnehmers erfolgt ist,
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, vorbehalten Nachleistung,
- g) während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes oder bei Freiheitsentzug infolge eines Straf- und Massnahmenvollzugs,
- h) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
- i) bei Gesundheitsschädigung infolge ionisierender Strahlen, es sei denn die Strahlenbehandlung wurde ärztlich angeordnet.
- j) für die Dauer eines Auslandsaufenthalts bis zur Rückkehr in die Schweiz, sofern die versicherte Person Leistungen von elipsLife bezieht. Dasselbe gilt für Personen mit Wohnort im Ausland, die ihren bisherigen Wohnort oder dessen Umgebung verlassen. Allfällige Ausnahmen können von elipsLife geprüft werden, sofern die versicherte Person ihren Antrag mindestens 4 Wochen vor der Abreise mit einer ärztlichen Bestätigung einreicht. elipsLife behält sich das Recht vor, zusätzlich eine Empfehlung des beratenden Arztes einzuholen. Diese Einschränkung gilt nicht für die Dauer eines unvermeidbaren Spitalaufenthalts.
- k) für alle in der Police namentlich aufgeführten versicherten Personen gilt bei Mutterschaft eine Karenzfrist von 270 Tagen nach Beginn der Versicherungsdeckung. Diese Frist gilt bei Krankheit aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden und für Ansprüche auf Geburtengeld.
- l) als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig wurden.
- m) für Folgen von Unfällen und Krankheiten, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen. Diese Einschränkung gilt nicht für Ereignisse, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen, denen die versicherte Person während ihres Aufenthalts ausserhalb der Schweiz oder Liechtenstein ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Vorbehalten bleibt die nachfolgende Bestimmung bei freiwilligem Aufenthalt in einem Krisengebiet.
- n) für Folgen von Unfällen und Krankheiten, die sich in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen in einer Region ereignen, in welche sich die versicherte Person trotz Vorliegen einer Reisewarnung des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) begeben hat bzw. welche die versicherte Person nicht innert 14 Tagen nach Erlass einer entsprechenden Warnung verlassen hat. (www.eda.admin.ch).

Von der Versicherung ausgeschlossen sind zudem Unfälle:

- o) wenn diese absichtlich herbeigeführt wurden,
- p) infolge von Erdbeben in der Schweiz und in Liechtenstein,
- q) bei welchen die namentlich erwähnte Person einen Blutalkoholgehalt von 1,8 Gewichtsprozent oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall,
- r) als Folge von Wagnissen (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die namentlich erwähnte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken).
- s) infolge von Selbsttötung, Selbstverstümmelung oder dem Versuch dazu. Es besteht jedoch Deckung, wenn die namentlich erwähnte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalls war.
- t) infolge ärztlich nicht verordneter Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen, Methadon und chemischen Produkten,
- u) bei Luftfahrten, wenn die namentlich erwähnte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist.

3.2. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) wenn die Folgen eines absichtlich herbeigeführten Unfalls nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen von elipsLife oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- c) wenn bei der Gesundheitsdeklaration oder der wirtschaftlichen Prüfung eine erhebliche Gefahrstatsache, die man kannte oder hätte kennen müssen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen wurde,
- d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher (oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht) Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

3.3. Grobfahrlässigkeit

elipsLife verzichtet auf ihr Recht, Versicherungsleistungen bei Leistungsfällen infolge grobfahrlässiger Herbeiführung einer Krankheit zu kürzen.

4. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

4.1. Beginn des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsdeklaration

Der Versicherungsschutz für Arbeitnehmer beginnt am Tag der im Arbeitsvertrag als Beginndatum des Arbeitsverhältnisses aufgeführt ist, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn.

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt vorbehaltlos und ohne Gesundheitsdeklaration. Versichert sind auch vorbestehende Gesundheitsschäden. Personen, die im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bzw. am Tag der Arbeitsaufnahme nicht voll arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind.

4.2. Einzelprüfung mit Gesundheitsdeklaration

Selbständigerwerbende sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder ohne AHV-Lohn sowie Kleinbetriebe mit bis und mit fünf Mitarbeitern müssen die Aufnahme in die Versicherung bei Vertragsbeginn je einzeln beantragen. elipsLife führt eine Prüfung der versicherten Lohnsumme und eine Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz beginnt erst, nachdem elipsLife die Aufnahme schriftlich (oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht) bestätigt hat.

Haben die versicherten Personen einen Anspruch auf günstigere Bestimmungen im Rahmen des Freizügigkeitsabkommen des SVV und Santésuisse, gehen diese vor.

4.3. Ende des Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz:

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

Im Sinne von Art. 10 AVIG gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.4. Versicherungsschutz nach der maximalen Leistungsdauer

Ist eine Person nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer weiterhin angestellt und tritt ein neuer Krankheitsfall ein, so besteht ein Versicherungsschutz im Umfang der durch die neue Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsschutz besteht maximal auf der Restarbeitsfähigkeit. Teilinvalide Personen sind im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit und des Beschäftigungsgrades versichert.

4.5. Übertritt in die Einzelversicherung

4.5.1. Übertrittsrecht

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

- a) mit Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung,
- b) mit Ende des Leistungsbezuges oder
- c) mit Ende des Versicherungsvertrages.

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

4.5.2. Informationspflicht des Arbeitgebers

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

4.5.3. Umfang der Weiterversicherung

elipsLife gewährt der übertretenden Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung die zum Zeitpunkt des Übertritts versicherten Leistungen. Die Wartefrist beträgt jedoch in jedem Fall mindestens 30 Tage.

Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich dabei auf den nach dem Übertritt erzielten Lohn bzw. die Leistung der ALV, im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 AVIG gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.5.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen,

- a) aus dieser Kollektivversicherung oder
- b) bei früheren Versicherungsträgern,

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

4.5.5. Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Krankentaggeldversicherung,
- b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Versicherungsvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens von SVV und Santésuisse die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
- c) solange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person ordentlich oder vorzeitig pensioniert wird,
- e) solange erst eine provisorische Deckungszusage erfolgt ist,
- f) nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer aus dieser Versicherung,
- g) für Selbständigerwerbende sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten,
- h) bei Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit,
- i) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz hat,
- j) für Personen mit einem befristeten Anstellungsverhältnis von drei Monaten oder weniger, ausser sie gelten unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG,
- k) im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs oder einer Anzeigepflichtverletzung durch die versicherte Person.

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

5. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

5.1. Beginn des Versicherungsvertrages

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

5.2. Dauer des Versicherungsvertrages

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

5.3. Beendigung des Versicherungsvertrages

5.3.1. Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum, jedoch spätestens auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Kalenderjahres, möglich.

5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung:

- a) mit Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) mit Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland

5.3.3. Auflösung durch elipsLife

elipsLife ist an den Vertrag nicht gebunden und kann ihn auflösen:

- a) bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug,
- b) wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihr eine erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person somit die Anzeigepflicht verletzt haben. Umfasst der Versicherungsvertrag mehrere Personen und wurde die Anzeigepflicht nur in Bezug auf einzelne Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für die übrigen Personen wirksam. Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht angezeigte Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat elipsLife Anspruch auf Rückerstattung.

5.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

elipsLife verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

6. Prämien

6.1. Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämie ist die im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme, jedoch höchstens der in der Police vereinbarte maximal versicherbare Verdienst pro Person und Jahr. Beitragspflichtig sind auch Löhne, die aufgrund des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind. Sofern für in der Versicherungspolice namentlich aufgeführte Personen im Voraus eine feste Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese als Berechnungsgrundlage. Der Versicherungsprämienersatz der versicherten Lohnsumme ist für das jeweilige Produkt in der Versicherungspolice geregelt.

6.2. Prämienzahlung

6.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und bis zum Zeitpunkt der in der Prämienrechnung festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen. Die Höhe des Akonto-Rechnungsbetrages bemisst sich nach der definitiven Lohnsumme des letzten abgeschlossenen Kalenderjahres.

6.2.2. Schlussabrechnung

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

6.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

elipsLife hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

6.2.4. Prämienrückerstattung

Ist die Prämie für eine bestimmte Vertragsdauer vorausbezahlt worden und erlischt der Versicherungsvertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, erstattet elipsLife die Prämie, die auf die nicht abgelaufene Vertragsdauer fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein. Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall kündigt und der Vertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

6.2.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämie nicht termingerecht entrichtet, so erfolgt durch elipsLife eine schriftliche (oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht) Mahnung, die ausstehenden Prämien zuzüglich Mahnspesen in der Höhe von CHF 50 innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam. Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten.

Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

6.3. Prämienbefreiung im Schadenfall

Der Lohn eines Taggeldbezügers ist nicht prämienpflichtig. Bei der Meldung der Lohnsumme wird der Lohn des Taggeldbezügers von der Lohnsumme vorgängig abgezogen. Ausgenommen von dieser Regelung sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten versicherten Personen mit fester Lohnsumme.

6.4. Prämienanpassungen

elipsLife hat das Recht, aufgrund der individuellen Schadenerfahrung oder Änderung des Tarifs die Prämie auf das folgende Kalenderjahr anzupassen. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

6.5. Überschussbeteiligung

Ist eine Beteiligung an einem allfälligen Überschuss vereinbart, entsteht der Anspruch jeweils am Ende jenes Jahres, in welchem eine 3-jährige Vertragsperiode (=Abrechnungsperiode) vollendet wird. Stillschweigende Vertragsverlängerungen bilden gleichermassen Bestandteil einer Vertragsperiode. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt für bereits abgerechnete Vertragsperioden sowie in Fällen, in denen der Versicherungsvertrag vor Vollendung einer Abrechnungsperiode aufgelöst wird. Wird die bestehende Versicherung aufgelöst und das versicherte Risiko im Rahmen einer neuen Versicherungspolice bei elipsLife fortgeführt, so reduziert sich die anspruchsbegründende Abrechnungsperiode entsprechend dem Zeitpunkt der Vertragsauflösung.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System sind in der Versicherungspolice erwähnt. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt respektive vollständig reserviert sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.

Werden nach erfolgter Abrechnung leistungspflichtige Ereignisse nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. elipsLife kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

7. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

7.1. Pflichten im Schadenfall

Führt eine Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich zu Versicherungsleistungen:

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

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

7.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann. Die versicherte Person, welche in ihrem ursprünglichen Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten resp. sie hat sich bei der ALV anzumelden. elipsLife fordert die versicherte Person unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- resp. Berufswechsel vorzunehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von elipsLife die Anmeldung bei der IV, können die Taggeldleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

7.3. Auskunftspflicht

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

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

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

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen. elipsLife kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

7.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

7.5. Quellensteuer

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

8. Leistungen Dritter

8.1. Koordination

8.1.1. Im Allgemeinen

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

8.1.2. Mehrfachversicherung

Erhält die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten Taggeldversicherung, leistet elipsLife anteilmäßig. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die Todesfallleistungen werden immer zusätzlich zu anderen Versicherungen ausbezahlt.

8.1.3. Leistungsverzicht

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

8.1.4. Vorleistungen und Regress

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

8.2. Überentschädigung

8.2.1. Arbeitnehmer

Das Zusammentreffen mit Leistungen von Dritten darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe des versicherten Taggeldes. elipsLife kürzt ihre Leistungen bis zur Überentschädigungsgrenze. Tage mit teilweiser Leistung infolge einer Kürzung wegen eines Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartezeit als ganze Tage. Hat elipsLife Leistungen erbracht, fordert sie Nachzahlungen von Sozialversicherungen (insbesondere der Invalidenversicherung) an die versicherte Person direkt von der betreffenden Sozialversicherung zurück. Der Rückforderungsbetrag entspricht der Höhe der Überentschädigung.

8.2.2. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

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

9. Kundendaten und Datenschutz

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt elipsLife personenbezogene Daten vom Versicherungsnehmer und von den versicherten Personen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten sind grundsätzlich gesetzlich geregelt. Eine Einwilligung der versicherten Personen in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie entsprechende Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht werden von diesen versicherten Personen im Einzelfall eingeholt. elipsLife beachtet dabei stets sämtliche datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des schweizerischen und liechtensteinischen Datenschutzgesetzes (DSG). Die Daten betreffend diesen Vertrag werden insbesondere in der Schweiz und in Liechtenstein bearbeitet. Die Datenverarbeitung kann aber auch an anderen Standorten der Elips Life AG im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erfolgen. Auf der Website von elipsLife (www.elipsLife.com) ist unter «Downloads» eine Liste der Unternehmen der elipsLife-Gruppe abrufbar, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen.

Beispiele für eine solche Weitergabe an externe Dienstleister sind: Gutachter, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister im Assistance-Bereich. Sofern die betroffene Person geltend machen kann, dass aufgrund der persönlichen Situation ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse von elipsLife an der Übermittlung überwiegt, hat die betroffene Person ein Widerspruchsrecht. Für die Geltendmachung des Widerspruchsrechts reicht es in der Regel jedoch nicht aus, wenn die betroffene Person ohne Angabe von Gründen die Übermittlung ablehnt. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können Auskunft über die über sie gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Berichtigung ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung dieser Daten können dann bestehen, wenn sich deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweisen. Diese Rechte können unter der nachfolgenden Adresse geltend gemacht werden: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich oder mit einer E-Mail an compliance@elipsLife.com.

Soweit elipsLife seitens des Versicherungsnehmers personenbezogene Daten Dritter, insbesondere von versicherten Personen, mitgeteilt werden, ist der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, diese Personen darüber entsprechend zu informieren. Dies gilt unabhängig davon, ob elipsLife selbst eine Informationspflicht oder die Pflicht zur Einholung spezifischer Einwilligungen und Schweigepflichtenbindungen trifft.

Personenbezogene Daten werden im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit zur Werbung für die Versicherungsprodukte von elipsLife und gegebenenfalls für Produkte von anderen Gruppengesellschaften und deren Kooperationspartnern sowie zur Markt- und Meinungsforschung von elipsLife verwendet. Dieser Verwendung können die betroffenen Personen jederzeit formlos widersprechen. Widersprüche können sie jederzeit an die oben genannte Adresse sowie an kontakt.ch@elipsLife.com richten.

Daneben werden die Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu anderen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag stehen. Dies können beispielsweise folgende Aspekte sein:

- Prüfung und Optimierung von Verfahren elektronischer Datenverarbeitung;
- Zusammenstellung unternehmensinterner und rechtlich zulässiger unternehmensübergreifend verwendeter Daten;
- allgemeine Tarifkalkulationen sowie
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten.

Im Rahmen des Versicherungsvertrags kann es in einigen Fällen auch zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen. Dies können insbesondere Rückversicherer sein (zum Beispiel werden bei höheren Versicherungssummen Teile der durch diesen Versicherungsvertrag übernommenen Risiken an Rückversicherer weitergegeben; hier kann es dann notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende Angaben zum Risiko mitzuteilen). Sofern der Versicherungsnehmer im Rahmen dieses Versicherungsvertrags von einem Versicherungsvermittler betreut wird, teilen wir auch diesem die zur Betreuung notwendigen Daten mit. Daneben kann es erforderlich sein, bestimmte Angaben anderen Versicherern mitzuteilen – zum Beispiel im Rahmen eines Informationsaustauschs mit einem Vorversicherer oder einer Mitversicherung.

Bei der Prüfung eines Antrags oder Versicherungsfalls kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung oder weiteren Sachverhaltsaufklärung Anfragen an andere Versicherer zu richten oder entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Damit innerhalb der elipsLife-Gruppe einzelne Bereiche zentralisiert werden können und damit der Versicherungsnehmer gegebenenfalls auch von anderen Unternehmen der elipsLife-Gruppe gemäss der im ersten Abschnitt dieses Artikels genannten Liste umfassend und effektiv beraten werden kann, erklärt er sich mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag zudem damit einverstanden, dass elipsLife den betreffenden Unternehmen die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermittelt. Übermittelt werden dürfen folgende Angaben:

- Angaben zum Versicherungsnehmer (Firma, Anschrift und vergleichbare Daten);
- Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorde oder vergleichbare Daten).

In diesem Rahmen entbindet der Versicherungsnehmer elipsLife und deren Mitarbeiter mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag zugleich von ihrer Verschwiegenheitspflicht. Konkrete Gesundheitsdaten der versicherten Personen werden von elipsLife in diesem Zusammenhang nicht übermittelt.

Ferner willigt der Versicherungsnehmer mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag darin ein, dass elipsLife vor Vertragsabschluss und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu seinem Zahlungsverhalten oder seiner Bonität einholen kann. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bonitätsabfragen bleiben im Rahmen der gesetzlichen Grundlage in jedem Fall zulässig.

10. Schlussbestimmungen

10.1. Verrechnung

elipsLife kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen. Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen.

10.2. Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung von elipsLife weder abgetreten noch verpfändet werden.

10.3. Örtliche Geltung

Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmer gilt die Versicherung vom Zeitpunkt der Entsendung an maximal 72 Monate, sofern für diese Personen gleichzeitig eine UVG-Deckung besteht.

10.4. Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich, zuzustellen. Alle Mitteilungen seitens elipsLife erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder in Liechtenstein.

10.5. Gerichtsstand

elipsLife anerkennt als Gerichtsstand Vaduz LI oder den schweizerischen oder liechtensteinischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten.

10.6. Meldepflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, elipsLife umgehend Anpassungen betreffend Adresse, Geschäftstätigkeit oder andere vertragsrelevante Faktoren zu melden.

10.7. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrags, dessen Änderungen und dessen Auflösung zu informieren.

11. Glossar

11.1. Verwendete Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVIG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BB	Besondere Bedingungen
DSG	Datenschutzgesetz
EO	Erwerbsersatzordnung
EOG	Erwerbsersatzgesetz
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
G	Ausweis G (Grenzgängerbewilligung)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KTG	Krankentaggeldversicherung
LI	Liechtenstein
OR	Obligationenrecht
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag