

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Erwerbsausfall-Versicherung bei Krankheit (Ausgabe 2012)

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, Nyon

Inhalt

Gegenstand und Umfang der Versicherung	Seite
1. Gegenstand der Versicherung	2
2. Begriffe	2
3. Ortlicher Geltungsbereich	2
4. Versicherte Personen	2
Leistungen	Seite
5. Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit	3
6. Mutterschaftsentschädigung	3
7. Leistungen bei früheren Krankheiten, Gebrechen und vorbestandenen Unfällen	3
8. Versicherter Lohn	4
9. Leistungen Dritter	4
10. Einschränkungen des Deckungsumfanges	4
11. Versicherungsfall	5
Allgemeine Bestimmungen	Seite
12. Beginn der Versicherungsdeckung für den einzelnen Versicherten	6
13. Ende der Versicherungsdeckung für den einzelnen Versicherten	6
14. Beginn und Ende des Vertrages	6
15. Prämien und Prämienberechnung	6
16. Prämienabrechnung	6
17. Prämienanpassung	7
18. Überschussbeteiligung	7
19. Lohnfortzahlung im Todesfall	7
20. Weiterführung des Versicherungsschutzes auf Einzelbasis durch den Arbeitnehmer	7
21. Änderung der Betriebsart oder Tätigkeit; Übernahme durch einen anderen Betrieb	7
22. Anderweitige Versicherungen für dasselbe Risiko	7
23. Orientierung der versicherten Personen	8
24. Mitteilungen und Meldestelle	8
25. Vertragliche Grundlagen	8
26. Gerichtsstand	8

GENERALI Versicherungen
 Avenue Perdtemps 23
 1260 Nyon 1
 Tel. 058 471 01 01
 Fax 058 471 01 02
 E-Mail: nonlife@generali.ch
 Internet: www.generali.ch

Gegenstand und Umfang der Versicherung

1. Gegenstand der Versicherung

Die Gesellschaft gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburten und/oder Unfällen.

2. Begriffe

2.1. 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 (Art. 3 ATSG).

2.2. Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Als Unfall gelten auch unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten im Sinne des UVG.

2.3. Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter (Art. 5 ATSG).

2.4. 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 (Art. 6 ATSG).

2.5. Rückfall und neuer Versicherungsfall

Krankheiten und Unfallfolgen, die medizinisch mit früher entschädigten Krankheiten oder Unfällen zusammenhängen, gelten als Rückfälle. Sofern die Leistungen nicht ausgeschöpft wurden, werden Rückfälle nur dann als neue Versicherungsfälle behandelt, wenn die versicherte Person seit mindestens 12 Monaten ihrerwegen nicht voll oder teilweise arbeitsunfähig gewesen ist.

Nicht als neues Ereignis gilt ein Versicherungsfall, der während der Dauer einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit eintritt.

2.6. Arzt

Der zur Berufsausübung zugelassene, eidgenössisch diplomierte oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesene Arzt.

3. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt, sofern die versicherte Person vom Versicherungsnehmer entlohnt wird. Für Reisen und Aufenthalte ausserhalb der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein gilt die Versicherung aber nur während 24 Monaten vom Tag des Grenzübertrittes an gerechnet. Danach endet der Versicherungsschutz für den betreffenden Versicherten.

4. Versicherte Personen

Die versicherten Personen sind in der Police aufgeführt. Versichert werden können:

4.1. Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers

Als Arbeitnehmer im Sinne dieser Versicherung gelten alle Personen, die der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstellt sind, sowie Arbeitnehmer, die über einen Arbeitsvertrag verfügen, der aufgrund internationaler und für die Schweiz rechtlich bindender Bestimmungen nicht der AHV unterstellt ist. Ohne anderslautende Vereinbarung erstreckt sich die Versicherung auf alle Arbeitnehmer (einschliesslich Lehrlinge und Teilzeitbeschäftigte), die mit einer gültigen Arbeitsbewilligung im versicherten Betrieb tätig sind.

4.2. Entsandte Arbeitnehmer

Als entsandte Arbeitnehmer gelten die Arbeitnehmer, die unmittelbar vor ihrer Entsendung ins Ausland im Sinne des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) in der Schweiz obligatorisch versichert wurden und die weiterhin in einem Arbeitsverhältnis mit einem Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz stehen und von diesem einen Lohn beziehen. Das Versiche-

rungsverhältnis bleibt während 2 Jahren bestehen. In Abweichung von Art. 3 kann der Versicherer die Dauer des Versicherungsverhältnisses auf Anfrage auf höchstens 6 Jahre verlängern.

4.3. Arbeitgeber

Als Arbeitgeber im Sinne dieser Versicherung gelten alle Personen, die im versicherten Betrieb tätig und nicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstellt sind (Betriebsinhaber, Selbstständigerwerbende, Teilhaber sowie nicht dem UVG unterstellte Familienmitglieder des Arbeitgebers).

Die Versicherung erstreckt sich auf die in der Police namentlich bezeichneten Personen, die mittels Anmeldung in die Versicherung aufgenommen worden sind.

Leistungen

Versichert sind die im Versicherungsvertrag aufgeführten Leistungen.

5. Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit

5.1. Leistungsanspruch

Das Taggeld wird für jeden Tag einer ärztlich festgestellten, mindestens 25% betragenden Arbeitsunfähigkeit gewährt und bemisst sich nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.

Der Anspruch auf Leistungen besteht nur solange, wie sich die versicherte Person in regelmässiger ärztlicher Behandlung und Kontrolle befindet. Weigert sich der Versicherte, eine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben, so kann die Gesellschaft die Leistungen verweigern.

5.2. Wartezeit

Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Feststellung eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% begonnen hat, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% zählen für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage. In der Police ist festgehalten, ob die Wartezeit pro Versicherungsfall, pro Arbeitsjahr oder pro Kalenderjahr zur Anwendung kommt.

5.3. Dauer des Leistungsanspruchs

Die Leistungsdauer, die Berechnungsart und die Anrechnung der Wartezeit an die Leistungsdauer sind in der Police aufgeführt.

a) Leistungsdauer pro Versicherungsfall

- Der Taggeldanspruch endet, wenn pro Versicherungsfall die vereinbarte Anzahl Taggelder ausgerichtet wurde.
- Tritt nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer ein neuer Versicherungsfall ein, so besteht für diesen Fall nur ein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person zuvor ihre Arbeitsfähigkeit während mindestens 12 Monaten vollständig wiedererlangt hat und nur im Umfang der durch den neuen Versicherungsfall bedingten zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit.
- Tritt während der Dauer eines Versicherungsfalles ein zusätzlicher Fall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falles an die Leistungsdauer angerechnet.

b) Leistungsdauer innerhalb von 900 Tagen

Innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Kalendertagen wird das Taggeld für einen oder mehrere Versicherungsfälle während höchstens 730 Tagen bezahlt. Danach erlischt der Versicherungsschutz für die betreffende Person endgültig. Der massgebende Zeitabschnitt von 900 aufeinanderfolgenden Tagen wird vom letzten entschädigten Tag zurückgerechnet.

c) Berechnung der Leistungsdauer

Tage mit reduzierten Leistungen infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder infolge Leistungen Dritter (Art. 9) zählen für die Berechnung der Leistungsdauer voll.

d) Befristeter Arbeitsvertrag

Für Personen mit befristetem Arbeitsvertrag endet jeglicher Leistungsanspruch mit Ablauf des Arbeitsverhältnisses.

5.4. Zusätzliche Bestimmungen betreffend die Taggeld-Leistungsdauer

a) Bei Tuberkulose oder Kinderlähmung beträgt die Leistungsdauer höchstens 1'800 Tage innert 7 Jahren.

b) Nach jeder Geburt wird die Pflicht zur Auszahlung von Taggeldern ausgesetzt, sobald die Versicherte Anspruch auf Leistungen aus der schweizerischen oder einer ausländischen obligatorischen Mutterschaftsversicherung und/oder einer anderen Zusatzversicherung hat. Die Pflicht bleibt während der gesamten Dauer der gesetzlichen und/oder vertraglichen Leistungen ausgesetzt. Für den Fall, dass die Versicherte keinen Anspruch auf eine Mutterschaftsversicherung hat, ruht die Pflicht zur Auszahlung von Taggeldern während acht Wochen ab der Geburt.

c) Eine arbeitsunfähige versicherte Person, die sich ohne Zustimmung der Gesellschaft ins Ausland begibt, verliert ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen beim Verlassen der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Die Leistungspflicht der Gesellschaft beginnt wieder mit dem Zeitpunkt der Rückkehr der versicherten Person in die Schweiz bzw. ins Fürstentum Liechtenstein.

6. Mutterschaftsentschädigung

Wurde eine Mutterschaftsentschädigung vereinbart, wird diese zusätzlich zur obligatorischen Mutterschaftsentschädigung ausbezahlt.

Die Taggelder werden ausbezahlt, wenn die Versicherte bei der Niederkunft seit mindestens 9 Monaten ununterbrochen über eine Versicherung verfügt hat, die über die obligatorischen Mutterschaftsleistungen hinausgeht und die von ihrem Arbeitgeber abgeschlossen worden ist.

7. Leistungen bei früheren Krankheiten, Gebrechen und vorbestandene Unfällen

Im Versicherungsvertrag ist festgehalten, ob für frühere Krankheiten und Gebrechen bei erneutem Auftreten (Rückfällen) Volledeckung oder Teildeckung besteht.

7.1. Bei **Volledeckung** gilt auch für frühere Krankheiten und Gebrechen die vereinbarte ordentliche Leistungsdauer.

7.2. Bei **Teildeckung** bezahlt die Gesellschaft das Taggeld nur in den folgenden Fällen und höchstens während der Anzahl Tage, die sich aus der nachstehenden Skala ergeben:

a) Wenn die Arbeitsunfähigkeit durch das erneute Auftreten oder die Verschlimmerung einer erheblichen Krankheit verursacht wird, für die die versicherte Person schon vor Eintritt in die Versicherung ärztlich behandelt worden ist;

b) Wenn die Arbeitsunfähigkeit durch ein Gebrechen verursacht wird, das schon vor Eintritt in die Versicherung bestanden hat.

Anstellungsdauer beim gegenwärtigen Arbeitgeber	Maximale Leistungsdauer pro Versicherungsfall, vom Ablauf der Wartezeit an berechnet
Bis 6 Monate	28 Tage
Bis 9 Monate	42 Tage
Bis 12 Monate	60 Tage
Bis 4 Jahre	120 Tage
Bis 9 Jahre	180 Tage
Bis 14 Jahre	240 Tage
Über 14 Jahre	300 Tage

Für den Arbeitgeber gilt als Anstellungsdauer die für die betreffende Person abgelaufene Versicherungsdauer.

7.3. Die Folgen von vorbestandene Unfällen sind nicht gedeckt.

8. Versicherter Lohn

8.1. Im Versicherungsvertrag ist festgehalten, ob die Leistungen aufgrund des AHV-Lohnes oder aufgrund des im Voraus vereinbarten festen Lohnes berechnet werden.

8.2. Für Arbeitnehmer (Art. 4.1 und 4.2) gilt als Berechnungsgrundlage der beitragspflichtige Lohn gemäss dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), jedoch höchstens CHF 300'000.00 pro Person und Jahr.

Folgende Abweichungen sind vorgesehen:

a) Löhne, auf denen wegen des Alters der versicherten Person keine AHV-Beiträge erhoben werden, gelten ebenfalls als versicherter Verdienst;

b) In der Schweiz von einer Person mit Wohnsitz im Ausland verdiente Löhne, die aufgrund internationaler und für die Schweiz rechtlich bindender Bestimmungen nicht der AHV unterstellt sind, gelten ebenfalls als versicherter Verdienst;

c) Entschädigungen bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses, bei Betriebschliessung, bei Betriebszusammenlegung oder bei ähnlichen Gelegenheiten werden nicht berücksichtigt;

d) Für die Bemessung des Taggeldes und der Mutterschaftsentschädigung für die ganze Dauer des Versicherungsfalles gilt der letzte vor dem Versicherungsfall im versicherten Betrieb bezogene AHV-Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Dieser Betrag wird auf ein volles Jahr umgerechnet und anschliessend durch 365 geteilt. Bei einem Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach einer Änderung des versicherten Lohnes wird das Taggeld auf Basis des neuen Lohnes bemessen.

Übt der Versicherte keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus, so wird auf einen während der letzten 3 Monate

verdienten, angemessenen Durchschnittslohn pro Tag abgestellt. Unterliegt der Lohn starken Schwankungen, so kann die Referenzperiode auf höchstens 12 Monate verlängert werden.

8.3. Für Arbeitgeber (Art. 4.3) wird im Voraus ein fester Jahreslohn vereinbart, der auf den tatsächlichen Verdienstverhältnissen beruht. Als Grundlage für die Berechnung des Taggeldes gilt der 365. Teil des in der Police aufgeführten festen Jahreslohnes.

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, die Gesellschaft über jede bedeutende Veränderung des tatsächlichen Verdienstverhältnisses zu informieren. Im Falle einer Überentschädigung kann das Taggeld bis zum tatsächlichen Verdienst aus der Erwerbstätigkeit gekürzt werden.

9. Leistungen Dritter

Hat der Versicherte ausserdem Anspruch auf Leistungen von (Schweizer oder ausländischen) Versicherungen oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt die Gesellschaft diesen Leistungsanspruch im Rahmen ihrer eigenen Leistungspflicht bis zur Höhe des versicherten Taggeldes. Weigert sich der Versicherte trotz der Aufforderung durch die Gesellschaft, seinen Fall einer Sozialversicherung zu melden, können die Leistungen gekürzt oder ausgesetzt werden. Solange der Rentenanspruch einer Versicherung noch nicht feststeht, erbringt die Gesellschaft das versicherte Taggeld im Sinne einer Vorleistung. Diese Vorleistung ist von der Bedingung abhängig, dass der Versicherte der Gesellschaft die schriftliche Zustimmung zur direkten Verrechnung mit den Leistungen der vorerwähnten Versicherer erteilt. Ohne diese Zustimmung kann die Auszahlung eines Taggeldes veragt werden, bis die (schweizerische oder ausländische) Invalidenversicherung einen Entscheid gefällt hat.

10. Einschränkung des Deckungsumfanges

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind:

10.1. Folgen von kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen:

a) in der Schweiz bzw. im Fürstentum Liechtenstein;

b) im übrigen Ausland, es sei denn, der Versicherungsfall tritt innert 30 Tagen seit dem erstmaligen Ausbruch von kriegerischen Handlungen oder inneren Unruhen in jenem Land ein, in dem sich die versicherte Person aufhält, und sie ist dort vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen überrascht worden.

10.2. Unfälle bei inneren Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, die versicherte Person legt glaubhaft dar, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war.

10.3. Einwirkung von Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere solche aus Atomkernumwandlungen. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen im Zusammenhang mit versicherten Ereignissen sind jedoch versichert.

10.4. Folgen von Freisetzungen chemischer und bakteriologischer Kampfstoffe.

10.5. Folgen von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein.

10.6. Leistungen aufgrund kosmetischer oder medizinisch nicht notwendiger Behandlungen und Operationen sowie für deren Folgen. Es gelten die Kriterien des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Leistungskürzungen zur Folge haben können:

10.7. Unfälle bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder mit Motorbooten sowie bei Trainingsfahrten auf der Rennstrecke.

10.8. Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen oder Motorfahrzeugen, sofern die Unfälle auf einen vorsätzlichen Verstoß gegen die Gesetzesbestimmungen zurückzuführen sind oder sich ereignen, während die versicherte Person nicht im Besitz der behördlich vorgeschriebenen Ausweise oder Bewilligungen ist.

10.9. Unfälle beim vorsätzlichen Ausführen von Verbrechen oder Vergehen oder beim Versuch dazu.

11. Versicherungsfall

11.1. Vorgehen und Verhaltenspflichten im Leistungsfall

a) In jedem Versicherungsfall, der voraussichtlich Anrecht auf Versicherungsleistungen gibt, ist ein Arzt beizuziehen, der für die sachgemässe Pflege sorgt. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten.

b) Die Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft spätestens 14 Tage nach Ablauf der Wartefrist anzuzeigen. Die Gesellschaft kann jederzeit Zeugnisse oder Gutachten von spezialisierten Fachärzten verlangen. Der behandelnde Arzt kann Arbeitsunfähigkeiten höchstens einen Monat im Voraus bescheinigen. Für die Mutterschaftsentschädigung ist ein Geburtsschein oder eine Kopie der Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG einzusenden.

11.2. Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, der Gesellschaft jede den Versicherungsfall betreffende Auskunft wahrheitsgetreu zu erteilen. Die Gesellschaft kann von den Ärzten, die die versicherte Person behandeln oder behandelt haben, Auskunft über deren Gesundheitszustand verlangen, sofern dies der Beurteilung der Leistungspflicht dient. Insbesondere kann die Gesellschaft ärztliche Zeugnisse und andere Belege verlangen sowie Untersuchungen anordnen, die von Ärzten durchgeführt werden, die die Gesellschaft bezeichnet. Die versicherte Person entbindet die Ärzte zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. Die Gesellschaft behandelt alle ihr gemachten Angaben und die Ergebnisse von Untersuchungen streng vertraulich.

11.3. Obliegenheitsverletzungen

Verstossen die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer schuldhaft gegen die ihnen auferlegten Melde-, Auskunfts- oder Verhaltenspflichten, so kann die Gesellschaft die Leistungen kürzen oder verweigern und vom Vertrag zurücktreten.

Allgemeine Bestimmungen

12. Beginn der Versicherungsdeckung für den einzelnen Versicherten

12.1. Für Arbeitnehmer beginnt der Versicherungsschutz am Tag, an dem sie die Arbeit im versicherten Betrieb antreten, frühestens jedoch am in der Police bezeichneten Vertragsbeginn. Nicht voll arbeitsfähige Personen sind für die gesundheitliche Beeinträchtigung, die für diese Arbeitsunfähigkeit verantwortlich ist, erst von dem Tag an versichert, an dem sie die Arbeit im versicherten Betrieb gemäss dem vertraglich vereinbarten Erwerbsgrad aufnehmen.

Als nicht voll arbeitsfähig gilt, wer:

- a) aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss;
- b) Taggelder infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft bezieht.

12.2. Für Arbeitgeber und die anderen namentlich bezeichneten Personen, die vorgängig angemeldet wurden, beginnt der definitive Versicherungsschutz am in der Police bezeichneten Vertragsbeginn.

13. Ende der Versicherungsdeckung für den einzelnen Versicherten

Für die einzelne versicherte Person erlischt die Versicherungsdeckung:

- 13.1.** mit Erlöschen des Versicherungsvertrages;
- 13.2.** 30 Tage nach ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis. Tritt die ausscheidende versicherte Person vor Ablauf dieser Frist eine neue Stelle an, endet die Versicherungsdeckung bereits mit dem Antritt der neuen Stelle;
- 13.3.** mit Erreichen des AHV-Rentalalters oder am Datum der Frühpensionierung. Damit enden auch sämtliche Leistungen für laufende Fälle.
Für Personen, die das AHV-Rentalalter überschritten haben, aber dennoch weiterhin einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nachgehen, endet die Versicherungsdeckung sowie

sämtliche Leistungen für laufende Fälle bei Beendigung der regelmässigen Erwerbstätigkeit, spätestens jedoch mit dem vollendeten 70. Altersjahr. Die Leistungsdauer für künftige und laufende Fälle beschränkt sich pro Fall auf 180 Tage im Rahmen der Leistungsdauer nach Art. 5.3;

13.4. mit der Erschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer.

13.5. Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bis zu 6 Monaten ohne Auflösung des Arbeitsverhältnisses bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Während dieser Zeit werden keine Leistungen bezahlt. Die Wartefrist beginnt am Tag, an dem die Arbeit wieder hätte aufgenommen werden sollen. Die Leistungen werden nach Ablauf der Wartefrist gewährt.

14. Beginn und Ende des Vertrages

14.1. Der Beginn und das Ende des Vertrages sind in der Police aufgeführt. Wird der Versicherungsvertrag nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um 1 Jahr. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist dem Versicherungsnehmer oder der Gesellschaft zugekommen ist.

14.2. Nach Eintritt eines versicherten Ereignisses, das zum Bezug von Leistungen berechtigt, können die Gesellschaft und der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung durch die Gesellschaft muss spätestens bei der Auszahlung der Entschädigung erfolgen und jene des Versicherungsnehmers spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat. Wird der Vertrag durch die Gesellschaft oder den Versicherungsnehmer gekündigt, so erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage, nachdem der anderen Partei die Kündigung mitgeteilt worden ist.

14.3. Der Versicherungsschutz endet automatisch mit der Einstellung des Geschäftsbetriebs. Die Gesellschaft muss darüber innert 30 Tagen informiert werden.

14.4. Geht der Versicherungsnehmer Konkurs, so endet der Vertrag mit der Konkurseröffnung.

15. Prämien und Prämienberechnung

15.1. Die Prämien sind für jede Versicherungsperiode an der im Versicherungsvertrag festgesetzten Fälligkeit im Voraus zahlbar.

15.2. Unter Vorbehalt abweichender Vertragsbestimmungen ist für die Prämienberechnung das beim versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Einkommen, höchstens aber CHF 300'000.00 pro Person und Jahr, massgeblich.

Ebenfalls als Einkommen gelten die Löhne und Lohnanteile, auf die aufgrund des mit der Europäischen Union abgeschlossenen Personenfreizügigkeitsabkommens, aufgrund von zwischen der Schweiz und anderen Staaten unterzeichneten internationalen Vereinbarungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit oder aufgrund des Alters der versicherten Person kein AHV-Beitrag erhoben wird.

16. Prämienabrechnung

16.1. Beruht die Berechnung der Prämie auf den AHV-Löhnen (gemäss Art. 15.2), hat der Versicherungsnehmer zu Beginn jedes Versicherungsjahres die in Rechnung gestellte provisorische Vorausprämie zu entrichten.

Die definitive Prämie wird am Ende jedes Versicherungsjahres aufgrund des versicherten Jahreslohnes im Sinne von Art. 15.2. ermittelt. Für deren Berechnung stellt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer das erforderliche Formular zu, das vollständig ausgefüllt innert 30 Tagen nach Erhalt zurückzusenden ist. Reicht der Versicherungsnehmer dieses Formular nicht innert der von der Gesellschaft gesetzten Frist ein, wird die definitive Prämienabrechnung aufgrund einer Einschätzung erstellt.

16.2. Eine Nachprämie oder Rückerstattung wird bei Zustellung der definitiven Prämienabrechnung an den Versicherungsnehmer fällig. Ergibt sich ein Saldo von weniger als CHF 20.00, so wird auf eine Nach- oder Rückprämie verzichtet.

16.3. Die Gesellschaft kann die Richtigkeit der Angaben des Versicherungsnehmers oder ihrer Einschätzung jederzeit nachprüfen und Einsicht in die Bücher und Belege des Versicherungsnehmers nehmen oder direkt von Dritten (insbesondere AHV-Ausgleichskasse) die notwendigen Auskünfte verlangen. Verweigert der Versicherungsnehmer diese Nachprüfung oder macht er vorsätzlich unrichtige Angaben, ist die Gesellschaft von diesem Zeitpunkt an nicht mehr an den Versicherungsvertrag gebunden.

16.4. Die Gesellschaft kann die provisorische Vorausprämie jederzeit aufgrund der definitiven Jahresprämie anpassen.

17. Prämienanpassung

Die Gesellschaft hat das Recht, die Prämienätze jedes Jahr anzupassen. In diesem Fall muss sie dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt geben. Der Versicherungsnehmer ist hierauf berechtigt, den Versicherungsvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Um gültig zu sein, muss die Kündigung spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen. Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Versicherungsvertrages

18. Überschussbeteiligung

18.1. Sofern vereinbart, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach Ablauf der vereinbarten Abrechnungsperiode einen Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag.

18.2. Vom in der Police aufgeführten Anteil der bezahlten Prämien wird der geleistete Aufwand für Versicherungsfälle abgezogen, die während der Abrechnungsperiode eingetreten sind. Vom allfällig verbleibenden Überschuss erhält der Versicherungsnehmer den in der Police vereinbarten prozentualen Anteil.

18.3. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Versicherungsfälle abgeschlossen sind. Ein allfälliger

Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.

18.4. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

19. Lohnfortzahlung im Todesfall

Stirbt der Versicherte an den Folgen einer versicherten Krankheit, übernimmt die Gesellschaft im Rahmen der Leistungsdauer nach Art. 5.3 den Lohn, den der Versicherungsnehmer im Sinne von Art. 338 Abs. 2 des Obligationenrechts (OR) den Hinterlassenen schuldet. Diese Leistung wird dem Versicherungsnehmer überwiesen.

Hatte der Versicherte zum Zeitpunkt des Todes das AHV-Rententalter bereits erreicht, ist keine Leistung geschuldet.

20. Weiterführung des Versicherungsschutzes auf Einzelbasis durch den Arbeitnehmer

20.1. Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein bzw. in der Grenzzone (im Umkreis von 50 km Luftlinie von der Schweizer Grenze) können die Weiterführung des Versicherungsschutzes auf Einzelbasis beantragen, wenn:

- sie aus dem versicherten Personenkreis austreten;
- sie als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosengesetzes (AVIG) gelten.

20.2. Der Versicherte muss innerhalb von 90 Tagen nach dem Austritt aus dem Kollektivvertrag sein Übertrittsrecht geltend machen, andernfalls erlischt es.

20.3. Nach dem Übertritt in die Einzelversicherung hat der Versicherte Anspruch auf die gleichen Leistungen wie im Kollektivvertrag. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags bestehende medizinische Vorbehalte werden aufrechterhalten.

20.4 Taggelder, die im Rahmen des Kollektivvertrags bereits ausbezahlt wurden, werden den Leistungen angerechnet, die dem Versicherten auf Einzelbasis zustehen.

20.5. Kein Anrecht auf Weiterführung des Versicherungsschutzes auf Einzelbasis besteht:

- für Arbeitgeber;
- für Arbeitnehmer, solange aus der Kollektivversicherung Leistungen erbracht werden;
- bei einem Wechsel des Arbeitgebers mit Übertritt in dessen Versicherung;
- für Personen, die die Erwerbstätigkeit endgültig aufgeben;
- bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer;
- für Arbeitnehmer, die sich selbständig machen;
- für Arbeitnehmer, die die Schweiz, das Fürstentum Liechtenstein oder die Grenzzone endgültig verlassen;
- für Personen, die das AHV-Rententalter erreicht haben oder sich vorzeitig pensionieren lassen;
- für Arbeitnehmer, die vom Versicherungsnehmer für weniger als 3 Monate eingestellt wurden oder denen während oder am Ende der Probezeit gekündigt wurde.

20.6. Der Versicherungsnehmer hat den aus dem Unternehmen austretenden Arbeitnehmer spätestens am letzten Arbeitstag schriftlich über sein Übertrittsrecht und die entsprechende Frist zu informieren.

21. Änderung der Betriebsart oder Tätigkeit; Übernahme durch einen anderen Betrieb

Ändern Betriebsart, Beruf oder Betriebsdomizil, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Gesellschaft innert 14 Tagen mitzuteilen, damit diese die Versicherung den neuen Verhältnissen anpassen kann. Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, die Weiterführung des Vertrages abzulehnen. Unterbleibt die Meldung, so ist die Gesellschaft für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.

22. Anderweitige Versicherungen für dasselbe Risiko

Wenn während der Vertragsdauer anderweitige Versicherungen für dasselbe Risiko (Erwerbsausfall) abgeschlossen werden, ist dies der Gesellschaft innert 14 Tagen mitzuteilen. Unterbleibt die Meldung, so ist die Gesellschaft für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.

23. Orientierung der versicherten Personen

Der Versicherungsnehmer hat die versicherten Personen über ihre Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Versicherung zu informieren, insbesondere über die Möglichkeiten der Weiterführung der Versicherung beim Austritt aus dem versicherten Personenkreis oder beim Erlöschen des Versicherungsvertrages.

24. Mitteilungen und Meldestelle

Alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen sind entweder an die Geschäftsleitung der Gesellschaft oder an die Geschäftsstelle zu richten, die in der Police angegeben ist oder die ihnen sonst als zuständig bekannt gegeben wurde.

25. Vertragliche Grundlagen

25.1. Folgende Dokumente bilden einen festen Bestandteil des Versicherungsvertrages:

- vorliegende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
- allfällige ergänzende oder besondere Bestimmungen
- Kundeninformation
- der Antrag sowie die übrigen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers
- die Police und allfällige Nachträge sowie alle anderen für den Versicherungsnehmer bestimmten Informationsunterlagen.

25.2. Für alle Sachverhalte, die nicht durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

26. Gerichtsstand

Für Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag kann die Gesellschaft am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder der anspruchsberechtigten Person sowie am Gesellschaftssitz belangt werden.