

Allgemeine Bedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG

BE

BEGM02-A10 – Ausgabe 01.01.2011

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1** Zweck der Versicherung
- Art. 2** Rechtliche Grundlagen des Vertrags
- Art. 3** Beginn der Versicherungsdeckung
- Art. 4** Versicherungsausweis

B. Umfang der Versicherung

- Art. 5** Versicherungsdeckungen
- Art. 6** Versicherte Personen
- Art. 7** Dauer der Leistungen
- Art. 8** Beitritt zur Kollektivversicherung
- Art. 9** Beitritt mit Risikoprüfung
- Art. 10** Beginn und Ende des Vertrags
- Art. 11** Beginn und Ende der Versicherungsdeckung
- Art. 12** Übertritt in die Einzelversicherung

C. Versicherte Leistungen

- Art. 13** Leistungen
- Art. 14** Bilaterale Abkommen und Leistungen im Ausland
- Art. 15** Einschränkung der Versicherungsdeckung
- Art. 16** Medizinischer Vorbehalt

D. Taggeldentschädigung bei Mutterschaft

- Art. 17** Leistungen

E. Zusätzliche Taggeldversicherung

- Art. 18** Umfang der Versicherungsdeckung
- Art. 19** Versicherungsdeckung
- Art. 20** Übertritt in die Einzelversicherung
- Art. 21** Prämie
- Art. 22** Zusätzliche Bestimmungen

F. Prämien

- Art. 23** Prämienzahlung
- Art. 24** Anpassung des Prämientarifs
- Art. 25** Prämienabrechnung
- Art. 26** Überschussbeteiligung

G. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 27** Pflichten des Versicherungsnehmers
- Art. 28** Pflichten des Versicherten
- Art. 29** Leistungen Dritter
- Art. 30** Überentschädigung/Überversicherung
- Art. 31** Verrechnung
- Art. 32** Abtretung und Verpfändung der Leistungen
- Art. 33** Mitteilungen
- Art. 34** Inkrafttreten und Änderung der Allgemeinen Bedingungen

Bestimmungen, die nicht in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind, werden durch das ATSG, das KVG sowie die zugehörigen Verordnungen ergänzt.

A. Allgemeines

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der im Vertrag erwähnte Versicherer versichert die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit, die aus Krankheit, Mutterschaft und Unfall hervorgeht, sofern diese Risiken im Vertrag enthalten sind.

Art. 2 Rechtliche Grundlagen des Vertrags

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrags bestehen aus:

1. Bundesrecht und internationalem Recht. Insbesondere untersteht der Versicherer dem Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), den entsprechenden Nachträgen und der zugehörigen Verordnung, sowie dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) und den entsprechenden Verordnungen.

2. kantonalem Recht
3. Statuten
4. den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Zusatz- oder Besonderen Bedingungen, den Bestimmungen des Versicherungsvertrags sowie allfälliger Nachträge
5. den schriftlichen Erklärungen im Antrag, den zusätzlichen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten, sowie den jeweiligen medizinischen Fragebogen

Art. 3 Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung beginnt mit Inkrafttreten der Versicherung. Das Datum des Inkrafttretens ist auf dem Vertrag oder dem Ausweis aufgeführt.

Art. 4 Versicherungsausweis

Erfolgt die Aufnahme des Kandidaten aufgrund eines medizinischen Fragebogens, so erstellt der Versicherer einen Versicherungsausweis, auf dem die Versicherungsprodukte des Kandidaten sowie deren Inkrafttreten aufgeführt sind.

B. Umfang der Versicherung

Art. 5 Versicherungsdeckung

1. Der Versicherer gewährt den Versicherungsschutz gegen die Risiken Krankheit und Mutterschaft, sofern nichts anderes vereinbart worden ist.
2. Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, sofern es in der Versicherungspolice ausdrücklich vorgesehen ist. Der Leistungsumfang für Unfälle entspricht demjenigen bei Krankheit.
3. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen im Sinn des UVG sowie ihre Folgen werden ausschliesslich im Rahmen der Unfalldeckung übernommen.
4. Der Versicherer entrichtet das Taggeld bis zur im Vertrag vorgesehenen Deckung auf der Basis eines Jahreshöchstgehaltes von Fr. 250'000.– pro Person.

Art. 6 Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen ist im Vertrag bestimmt.
2. Personen, die ihren Anspruch auf Leistungen aus einer Taggeldversicherung ausgeschöpft haben (mit Ausnahme der Bedingungen der zusätzlichen Taggeldversicherung: Artikel 18 bis 22 AVB) sowie Personen, die dem Versicherungsnehmer von einem Drittunternehmen ausgeliehen werden, können der Taggeldversicherung nicht beitreten.
3. Personen, die zurzeit des Inkrafttretens des Kollektivvertrags oder bei Beginn des Arbeitsverhältnisses infolge einer Gesundheitsschädigung voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, werden erst versichert, wenn sie ihre volle Arbeitsfähigkeit während mindestens eines Monats wiedererlangt haben. Die Vereinbarungen über Freizügigkeit bleiben vorbehalten.

Art. 7 Dauer der Leistungen

1. Das Taggeld wird während 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten entrichtet.
2. Die zulasten des Arbeitgebers fallenden Wartefristen werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
3. Die Tage, während denen die Versicherten Tagelder von ihrem Vorversicherer erhalten haben, werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

Art. 8 Beitritt zur Kollektivversicherung

1. Sind bei Vertragsabschluss weniger als fünf Personen zu versichern, so erfolgt deren Aufnahme in die Kollektivversicherung mit einer Risikoprüfung. Diese Bestimmung gilt auch für Personen, die nach Inkrafttreten des Kollektivvertrags beitreten.
2. Keine Risikoprüfung ist erforderlich, wenn das Unternehmen bei Vertragsabschluss fünf oder mehr Personen beschäftigt.
3. Für im Vertrag namentlich genannte Personen ist die Risikoprüfung erforderlich.

Art. 9 Beitritt mit Risikoprüfung

1. Jede Person, die sich einer Risikoprüfung unterziehen muss, hat den medizinischen Fragebogen auszufüllen. Eine medizinische Untersuchung bleibt vorbehalten.
2. Die zu versichernde Person ermächtigt das ärztliche Personal, dem vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers die nötigen Informationen zur Prüfung eines Versicherungsantrags zu geben.
3. Je nach Gesundheitszustand der zu versichernden Person kann der Versicherer den Beitritt unter bestimmten Bedingungen (Vorbehalt) annehmen.
4. Bei Inkrafttreten des Kollektivvertrags werden die durch den Vorversicherer angebrachten Vorbehalte bis zum Ablauf der anfänglichen Frist beibehalten.

Art. 10 Beginn und Ende des Vertrags

1. Im Vertrag ist sowohl Inkrafttreten als auch Ablauf bestimmt. Der Ablauf ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
2. Bei Ablauf des Vertrags verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern bis spätestens 30. September des Kalenderjahres kein Kündigungsschreiben beim Versicherer eingegangen ist. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen. Artikel 23 Absatz 5 und Artikel 24 Absatz 4 dieser Bedingungen bleiben vorbehalten.
3. Bei Einstellung der Tätigkeit wird die Kündigung auf das Ende des entsprechenden Monats akzeptiert. Der Versicherer muss innert 30 Tagen nach Einstellung der Tätigkeit des Unternehmens oder der Konkurseröffnung entsprechend informiert werden.
4. Der Vertrag kann gekündigt werden (Ausschluss), wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte zum Nachteil des Versicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt hat oder beim Versuch dazu.
5. Bei Einzelversicherten kann die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Frist auf das Ende eines Monats gekündigt werden. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen und innert der vorgeschriebenen Frist beim Versicherer eingehen.

Art. 11 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

1. Die Versicherung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag seines Dienstantrittes im Unternehmen, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten des Vertrags.
2. Unter Vorbehalt des Freizügigkeitsrechtes unter a. b. und i. enden die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch für jeden Versicherten:
 - a. wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt
 - b. mit dem Erlöschen des Vertrags
 - c. bei einer freiwilligen Arbeitsunterbrechung ohne Anspruch auf Lohn
 - d. mit dem Tod des Versicherten
 - e. bei der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs
 - f. am Ende des Monats, in dem der Versicherte das 65. Altersjahr erreicht oder sich vorzeitig pensionieren lässt
 - g. am Ende der Arbeitsunfähigkeit des Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs
 - h. wenn die Rahmenfrist oder der Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenkasse abgelaufen ist
 - i. mit der Konkurseröffnung gegen das Unternehmen
 - j. mit seinem Ausschluss

Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung

1. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
2. Bereits in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen werden auf diejenigen der Einzelversicherung angerechnet.
3. Es besteht kein Anrecht auf Übertritt in die Einzelversicherung, wenn die Anstellung der zu versichernden Person dem Grundsatz von Treu und Glauben widerspricht.

C. Versicherte Leistungen

Art. 13 Leistungen

Voraussetzungen

1. Das Taggeld wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% erbracht. Diese Bestimmung ist für Arbeitslose nicht anwendbar.
2. Die Höhe des Taggeldes wird aufgrund des Lohns, der zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit gültig war, berechnet. Die Berechnung basiert auf den Angaben, die der Arbeitgeber auf den vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formularen gemacht hat.
3. Die Arbeitsunfähigkeit teilweise invalider oder behinderter Personen wird nach dem Grad der Unfähigkeit, ihre derzeitige Beschäftigung auszuüben, berechnet.

4. Der Versicherungsnehmer hat eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit innert sieben Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung zu melden. Er bescheinigt diese durch ein von einem zugelassenen Arzt ausgestelltes Zeugnis. Bei Wartefristen von 30 und mehr Tagen kann der Versicherungsnehmer den Versicherer innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung informieren. Trifft die Meldung nach Ablauf dieser Frist beim Versicherer ein, so gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens und nach Abzug der Wartefrist ab dem Eingangstag.
5. Findet der erste Arzttermin mehr als drei Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit statt, behält sich der Versicherer das Recht vor, diesen Tag als ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu betrachten.
6. Leistungen im Todesfall infolge leistungspflichtiger Arbeitsunfähigkeit: Der Versicherer erbringt das Taggeld im Rahmen des Leistungsanspruchs und der Bestimmungen von Artikel 338 OR.

Berechnung des Taggeldes

7. Wird das Taggeld in festen Frankenbeträgen geleistet, so richtet der Versicherer diesen vertraglich vereinbarten Betrag unter Vorbehalt der Überversicherung und der Überentschädigung aus.
8. Bei der Taggeldversicherung in Lohnprozenten erfolgt die Berechnung für die Stunden- und Monatslöhne unter Vorbehalt der Bestimmungen eines allfälligen Gesamtarbeitsvertrags folgendermassen:

Stundenlohn:

- Brutto-Grundstundenlohn (eventuell mit 13. Monatslohn)
multipliziert mit
der Anzahl der durchschnittlichen Wochen- oder Jahresstunden
multipliziert mit
52 Wochen (wenn Wochenstunden)
geteilt durch
365 Tage (inklusive Schaltjahr)
multipliziert mit
festgelegtem Deckungssatz

Auf diese Weise sind die Entschädigungen für Ferien- und Feiertage eingerechnet. Beim Brutto-Grundstundenlohn werden die Ferien- und Feiertage nicht zum Grundlohn hinzugefügt.

Monatslohn:

- Monatslohn
multipliziert mit
12 Monaten (oder 13 bei 13. Monatslohn)
geteilt durch
365 Tage (inklusive Schaltjahr)
multipliziert mit
festgelegtem Deckungssatz
9. Wenn das Einkommen starken Schwankungen unterliegt (z. B. Vergütung auf Kommissionsbasis oder unregelmässiger Aushilfsdienst), wird das Taggeld dadurch bestimmt, dass der während 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit erhaltene Lohn durch 365 geteilt wird.

Auszahlung

10. Das geschuldete Taggeld wird für alle Krankheitstage ausbezahlt (inkl. Sonn- und Feiertage).
11. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld ausbezahlt.
12. Die Entschädigung der Arbeitsunfähigkeit kann erst nach Erhalt eines Zwischen- oder Schlusszeugnisses (Wiederaufnahme der Arbeit) erfolgen.
Das Zwischenzeugnis muss dem Versicherer einmal pro Monat zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird der Versicherte nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder längstens bis zum Ende des laufenden Monats.
13. Werden die Taggelder der Arbeitnehmer direkt an den Arbeitgeber ausbezahlt, erstattet Letzterer die Taggelder mit den Löhnen.

Wartefristen

14. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist ausgerichtet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
15. Die Wartefrist wird bei jedem Schadenfall angewandt, ausser es handle sich um einen Rückfall, unter Vorbehalt der verbleibenden Wartefrist. Eine neue Wartefrist beginnt, wenn die versicherte Person nach mehr als 180 Tagen einen Rückfall einer gleichen Erkrankung erleidet.
16. Falls der Vertrag eine jährliche Wartefrist vorsieht, wird diese nur einmal pro Kalenderjahr angerechnet und kann auf mehrere Arbeitsunfähigkeiten kumuliert werden, egal ob es sich dabei um einen Rückfall handelt oder nicht. Bei einer auf mehrere Jahre verteilten Arbeitsunfähigkeit wird die jährliche Wartefrist nur einmal auf diese Arbeitsunfähigkeit angerechnet.
17. Ebenfalls angerechnet wird die Wartefrist bei einer Veränderung des Risikos (Krankheit, Unfall) während einer Arbeitsunfähigkeit.

Verzicht

18. Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung darf nicht dadurch aufgehalten werden, dass der Versicherte auf Taggelder verzichtet, bevor der Arzt seine Genesung bescheinigt hat.

Änderung des Taggeldes für Einzelversicherte

19. Nach einer Arbeitsunfähigkeit ist die Erhöhung des Taggeldes erst möglich, wenn der Versicherte seine volle Arbeitsfähigkeit seit mindestens 30 Tagen wiedererlangt hat.
20. Der Versicherungsnehmer, bzw. der Versicherte, kann den Betrag des Taggeldes unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Monats senken. Der Antrag ist dem Versicherer per Einschreiben zu stellen.

Art. 14 Bilaterale Abkommen und Leistungen im Ausland

- a. In Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA)

1. Versicherte Personen, die sich in der EU oder EFTA aufhalten oder dort wohnhaft sind, haben gemäss Abkommen über die Personenfreizügigkeit Anspruch auf Taggelder.
 2. Versicherte, die in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder EFTA als in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein (nachfolgend Schweiz genannt) wohnhaft sind, müssen sich bei einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Tagen bei der zuständigen Einrichtung ihres Wohnorts melden und ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorweisen (Formular E116). Die Einrichtung des Wohnorts füllt das Formular E115 aus (Geldleistungen Arbeitsunfähigkeit) und leitet es zusammen mit dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis an den Versicherer weiter. Ist der Leistungsanspruch festgelegt, so füllt der Versicherer das Formular E117 aus (Leistungen Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit) und schickt es an die Einrichtung des Wohnorts. Wenn der Versicherte die Arbeit wieder aufnehmen kann, wird er sowie der Versicherer umgehend von der Einrichtung des Wohnorts informiert, sobald die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.
 3. In Abweichung zu Absatz 2 gelten für Versicherte, die in einem Gebiet von 50 km ab Grenze wohnhaft sind, die gleichen Leistungsansprüche wie für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.
 4. Ein in der Schweiz wohnhafter Versicherter, der sich für eine kurze Zeit (z. B. Ferien) in einem EU-/EFTA-Mitgliedstaat aufhält, ist nicht verpflichtet, sich innert drei Tagen bei der Einrichtung des Wohnorts zu melden. Er muss seinem Versicherer jedoch ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes vorweisen. Hingegen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Tagen der unter Punkt 2 beschriebene Ablauf anwendbar.
 5. Versicherte, die sich während ihrer Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchten, müssen den Versicherer darüber informieren. Der Versicherer bestimmt den Umständen nach, ob er weiterhin Leistungen ausrichtet oder nicht. Falls nicht, hat der Versicherte bis zu seiner Rückkehr keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- b. Ausserhalb EU oder EFTA (mit Ausnahme der Schweiz)
 1. Personen, die im Ausland für einen Schweizer Arbeitgeber tätig sind oder dort eine Ausbildung absolvieren und von ihrem Arbeitgeber entlohnt werden, haben Anspruch auf Taggeld. Versicherungsvertrag und Leistungsanspruch enden nach 24 Monaten.
 2. Bei einem Auslandsaufenthalt werden nur während eines medizinisch notwendigen Spitalaufenthalts Leistungen erbracht und nur solange die Rückkehr ins Wohnland unmöglich ist.
 3. Versicherte, die sich während ihrer Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchten, müssen den Versicherer darüber informieren. Letzterer behält sich das Recht vor, die Taggeldleistungen nach einer Analyse der Umstände während eines begrenzten Zeitraums

zu entrichten. Verlässt ein arbeitsunfähiger Versicherter die Schweiz vorübergehend und ohne Einwilligung des Versicherers, so besteht bis zu seiner Rückkehr kein Leistungsanspruch mehr.

Art. 15 Einschränkung der Versicherungsdeckung

Die Leistungen können gekürzt oder in besonders schwerwiegenden Fällen sogar verweigert werden:

- a. bei Militärdienst im Fall einer Überentschädigung
- b. bei Teilnahme an Wagnissen im Sinn des UVG
- c. wenn die Anstellung der zu versichernden Person nicht den Regeln von Treu und Glauben entspricht (beispielsweise zur Umgehung der Risikoprüfung oder zum Erwerb eines neuen Leistungsanspruchs)
- d. wenn der Versicherte sich weigert, den Anordnungen des Versicherers Folge zu leisten, insbesondere sich von einem vom Versicherer bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen oder eine Wiedereingliederungsmassnahme zu befolgen
- e. bei Schadenfällen verursacht durch aktive Teilnahme an kriegerischen Ereignissen

Art. 16 Medizinischer Vorbehalt

1. Personen, die zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags erkrankt oder verunfallt sind oder an den Folgen eines Unfalls leiden, werden unter Vorbehalt dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen versichert.
2. Vor dem Beitritt erlittene Erkrankungen, Unfälle oder Folgen von Unfällen stehen ebenfalls unter Vorbehalt, wenn Rückfälle erfahrungsgemäss möglich sind.
3. Die angebrachten Vorbehalte werden spätestens nach fünf Jahren aufgehoben.

D. Taggeldentschädigungen bei Mutterschaft

Art. 17 Leistungen

1. Das Taggeld wird entrichtet, wenn die Versicherte im Zeitpunkt der Niederkunft bereits seit mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert war und sofern die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat oder das Kind lebensfähig ist.
2. Bei Niederkunft richtet der Versicherer das Taggeld unter Anrechnung der Wartefrist während 16 ununterbrochenen Wochen aus, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.
3. Die Taggelder für Arbeitsunfähigkeit können nicht mit Taggeldern für Mutterschaft kumuliert werden.
4. Die Taggelder für Mutterschaft werden subsidiär zu allfälligen Leistungen vom Bund oder aus einer kantonalen Mutterschaftsversicherung gewährt.

E. Zusätzliche Taggeldversicherung

Art. 18 Umfang der Versicherungsdeckung

1. Zweck der Zusatzdeckung ist, das Krankheitsrisiko bei einem arbeitsfähigen Arbeitnehmer trotz Ausschöpfung des Anspruchs auf Taggeldleistungen weiterhin zu versichern. Die Versicherung richtet sich demnach an Arbeitnehmer, die unter Arbeitsvertrag stehen und eine angemessene Tätigkeit ausüben.
2. Die Zusatzdeckung ist strikt an die Kollektivversicherung für Taggeld der Groupe Mutuel-Mitgliedsversicherer gebunden.
3. Der Versicherer entrichtet das Taggeld gemäss der vertraglich vereinbarten Deckung.
4. Die Überweisung des berechneten Taggeldes basiert auf den gleichen Kriterien wie die in der Police festgelegte Versicherungsdeckung (Lohnprozentsatz, Wartefrist, gedecktes Risiko, Begriff der Schadenversicherung).
5. In Abweichung zu Artikel 7, Absatz 2 dieses Reglements wird die im Kollektivvertrag vorgesehene Wartefrist nicht auf die Höchstdauer der Versicherungsdeckung angerechnet.
6. Hat der Arbeitnehmer nach der fünfjährigen Vertragsdauer der Zusatzdeckung den Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, so verfügt er erneut über die anfänglich im Vertrag festgelegte Versicherungsdeckung, sofern er weiterhin mit dem gleichen Unternehmen unter Arbeitsvertrag steht.
7. Eine Krankheit, welche die Ausschöpfung der Leistungen verursacht hat und erneut auftritt oder sich verschlimmert, ist nur versichert, wenn dies ausdrücklich vorgesehen ist.

Art. 19 Versicherungsdeckung

1. Der Arbeitnehmer hat Anrecht auf die Zusatzdeckung,
 - a. wenn er sein Anrecht auf eine Taggeldversicherung einmal ausgeschöpft hat,
 - b. wenn er über eine im Unternehmen verwertbare Arbeitsfähigkeit verfügt und
 - c. ihm ein dieser Arbeitsfähigkeit entsprechender Arbeitsplatz angeboten worden ist.
2. Der Arbeitnehmer hat keinesfalls mehr als einmal Anrecht auf die Zusatzdeckung.
3. Gehört der Arbeitnehmer bereits zum Versichertenkreis des Unternehmens, so beginnen Zusatzdeckung sowie Leistungsanspruch frühestens ab Inkrafttreten des Arbeitsvertrags für die angepasste Arbeitstätigkeit.
4. Versicherungsdeckung und Leistungsanspruch erlöschen mit der Ausschöpfung des in der Zusatzdeckung vereinbarten Leistungsanspruchs.

Art. 20 Übertritt in die Einzelversicherung

Die Versicherungsdeckung ist strikt an den Kollektivvertrag des Unternehmens gebunden. Ziel ist die Förderung der Wiedereingliederung. Für Arbeitnehmer, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten gehören, besteht kein Freizügigkeitsrecht.

Art. 21 Prämie

Die in der Police festgelegte Kollektivprämie umfasst das herkömmliche Versicherungsprodukt der Kollektivversicherung, die zusätzliche Taggeldversicherung und die Mutterschaftsdeckung.

Art. 22 Zusätzliche Bestimmungen

1. Diese Bestimmungen sind integraler Bestandteil der Allgemeinen Bedingungen der kollektiven Taggeldversicherung gemäss KVG (BE).
2. Vorbehalten sind die in den Kollektivverträgen festgehaltenen Besonderheiten.
3. Damit der Arbeitnehmer für die Zusatzdeckung versichert werden kann, hat uns der Arbeitgeber innert 30 Tagen nach Vertragsabschluss eine Kopie des entsprechenden Arbeitsvertrags für die seiner Arbeitsfähigkeit angepasste Tätigkeit einzureichen.

F. Prämien

Art. 23 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Der Prämienatz wird vertraglich pro Kalenderjahr bestimmt. Die Prämie ist an dem in der Police bestimmten Fälligkeitsdatum zahlbar. Die provisorische Prämie kann jederzeit an die reelle Situation angepasst werden.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der Lohnsumme angepasst werden. Nicht bezahlte Raten der Jahresprämie bleiben geschuldet.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht entrichtet, so fordert der Versicherer den Schuldner auf, den Ausstand samt Kosten innert 14 Tagen nach Absenden der Mahnung zu bezahlen. Er macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die ausstehende Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, so ruht die Leistungspflicht und der Versicherungsschutz ist sistiert. Die Sistierung hat keinen Einfluss auf die Pflicht des Versicherungsnehmers, dem Versicherten den Lohn zu entrichten. Sobald die Prämienrückstände samt Kosten vollständig beglichen sind, erlangt der Versicherungsnehmer das Leistungsrecht zurück, und zwar rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Sistierung. Die Prämie ist in diesem Fall während der ganzen Dauer der Sistierung geschuldet.

5. Bezahlt der Versicherungsnehmer mindestens zwei Prämien nicht fristgerecht, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats zu kündigen. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.
6. Wenn der Beitritt im Rahmen der Einzelversicherung im Verlauf eines Kalendermonats beginnt oder endet, sind die Prämien für den vollen Monat geschuldet.

Art. 24 Anpassung des Prämientarifs

1. Der Versicherer hat das Recht, die Prämien jedes Jahr der Entwicklung der Schadenfälle anzupassen. Diese Anpassung tritt jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Prämie unverzüglich an veränderte Verhältnisse wie Fusion, Spaltung, Übernahme oder bedeutende Änderungen in der Zusammensetzung des Versichertenkreises anzupassen.
3. Bei einer allfälligen Tarifänderung während der Vertragsdauer kann der Versicherer die Vertragsanpassung auf Anfang des nächsten Jahres vornehmen.
4. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe der neuen Prämie. Ist der Versicherungsnehmer mit der neuen Prämie nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des Jahres kündigen.
5. Trifft vor Ende des Jahres kein Kündigungsschreiben per Einschreiben ein, gelten die Änderungen als angenommen.
6. Wenn nach der Festlegung der Prämie verspätete Meldungen von Arbeitsunfähigkeiten eingehen, hat der Versicherer das Recht, die Prämie rückwirkend an die tatsächliche Schadenbelastung anzupassen. Rückwirkende Korrekturen gelten als angenommen, wenn der Versicherer 30 Tage nach Mitteilung der Prämienkorrektur kein Kündigungsschreiben per Einschreiben erhalten hat. Die Kündigung tritt frühestens am Ende des Monats, in dem der Versicherer die Mitteilung erhalten hat, in Kraft.

Art. 25 Prämienabrechnung

1. Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gemäss Artikel 27 dieses Reglements gelieferten Dokumente erstellt.
2. Im Rahmen der Einzelversicherung besteht keine Prämienbefreiung.

Art. 26 Überschussbeteiligung

1. Im Rahmen einer vertraglich vorgesehenen Überschussbeteiligung erhält der Versicherungsnehmer nach einer Abrechnungsperiode von mindestens drei Kalenderjahren per 31. Dezember den im Vertrag vorgesehenen Anteil am Überschuss.

2. Die Abrechnung erfolgt frühestens fünf Monate nach Ende der Abrechnungsperiode, aber erst, nachdem alle in diese Periode fallenden Schadenfälle erledigt und entschädigt sind.
3. Werden die auf eine abgeschlossene Abrechnungsperiode entfallenden Schadenfälle erst nach Erstellung der Abrechnung gemeldet oder entschädigt, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert den zuviel ausbezahlten Anteil zurück.
4. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird überwiesen, wenn der Kollektivvertrag bis Ende der Abrechnungsperiode in Kraft bleibt.
5. Alle Schadenfälle, die während der kollektiven Versicherungsdeckung eintreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet.

G. Verschiedene Bestimmungen

Art. 27 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherten über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung aufrechtzuerhalten, wenn sie nicht mehr zum Kreis der Versicherten gehören oder wenn der Vertrag endet.
2. Der Versicherungsnehmer muss die Einhaltung des Datenschutzgesetzes für seine Arbeitnehmer gewährleisten, insbesondere in Bezug auf das unabhängige Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens.
3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer sofort zu benachrichtigen, wenn ein arbeitsunfähiger Versicherter aus dem Kollektivvertrag ausscheidet.
4. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung muss der Arbeitgeber dem Versicherer die AHV-Abrechnung der Versicherten oder bei deren Fehlen eine Namensliste mit Geburtsdatum oder AHV-Nummer, Geschlecht und Lohn pro Versicherten sowie den Zeitabschnitt der Tätigkeit übergeben.

Wenn die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach der Anfrage des Versicherers geliefert werden, kann Letzterer den Versicherungsnehmer auffordern, seiner Pflicht innert 14 Tagen ab Versand der Mahnung nachzukommen.

Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, kann der Versicherer selbst eine Schätzung vornehmen, indem er die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht. Artikel 23 dieses Reglements kann für die Zahlung der Zusatzprämie entsprechend angewandt werden.

5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer, bzw. bevollmächtigte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Ausgleichskasse der AHV übergeben werden, einzusehen. Andernfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, seine Pflichten aufzuheben.

6. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer die Schadenfälle zu melden und ihm unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Feststellung des Lohn- oder Erwerbsausfalles nötig sind (Arztzeugnisse, Erklärung des Arbeitgebers, AHV-Abrechnungen, Steuererklärungen, Geburtsurkunden u. a.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.

Art. 28 Pflichten des Versicherten

1. Jede Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
2. Der Versicherte ist verpflichtet, mit dem Krankenbesucher und den vom Versicherer beauftragten Ärzten zu kooperieren.
3. Wenn der Versicherte ohne triftigen Grund zur medizinischen Begutachtung nicht erscheint, behält sich der Versicherer das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen zu verlangen sowie das Honorar der nicht eingehaltenen Konsultation in Rechnung zu stellen.
4. Der Versicherte hat ab Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit einen zugelassenen Arzt zu konsultieren und dessen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles, was seiner Genesung schaden oder seine Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.

Art. 29 Leistungen Dritter

1. Der Versicherer ist ermächtigt, einen Versicherten bei der IV-Stelle zur Früherfassung zu melden, um abzuklären, ob ein IV-Gesuch eingereicht werden soll. Der Versicherte wird vorher entsprechend informiert.
2. Im Sinn der Schadenminderungspflicht kann der Versicherer den Versicherten dazu veranlassen, ein IV-Gesuch zu stellen.
3. Sobald der Versicherer den Versicherten dazu aufgefordert hat, bei der zuständigen Sozialeinrichtung ein Gesuch für die Übernahme von Leistungen einzureichen oder Wiedereingliederungsmassnahmen Folge zu leisten, werden die Leistungen nur dann ausbezahlt, wenn der Fall auch wirklich gemeldet wird. Erfolgt die Meldung nicht, so behält sich der Versicherer das Recht vor, die seit der Mitteilung des Gesuchs entrichteten Leistungen zurückzuverlangen.
4. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aus Sanktionsgründen, so gleicht der Versicherer den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
5. Der Versicherer schiesst die Taggeldleistungen vor, solange der Anspruch auf eine Rente aus der Invalidenversicherung (IVG), der Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der beruflichen Vorsorge (BVG) oder einer ausländischen oder privaten Versicherung nicht festgelegt ist. Sobald die Rente von einer oder mehreren dieser Einrichtungen zugesprochen worden ist, steht dem Versicherer die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summen zu.

Art. 30 Überentschädigung/ Überversicherung

1. Die Leistungen des Versicherers dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen.
2. Wird das Taggeld gemäss Artikel 69 Abs. 2 ATSG gekürzt, um eine Überentschädigung zu vermeiden, so hat der Versicherungsnehmer, solange Leistungsanspruch besteht, die einem vollen Taggeld entsprechende Prämie zu entrichten.
3. Überversicherung, das heisst die Versicherung eines Betrags, der das Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder aus Arbeitslosengeld übersteigt, ist nicht zugelassen. Im Fall einer Überversicherung wird das Taggeld gekürzt, bis es dem Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosengeld entspricht, das der Versicherte am Anfang des Monats erzielte, in dem die Überversicherung festgestellt wurde. Prämien, die vor der Feststellung der Überversicherung verlangt wurden, stehen dem Versicherer zu.
4. Wenn der Lohn, der für die Berechnung des Taggeldes bei Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde, höher als der versicherte Lohn ist oder den effektiv entgangenen Verdienst übersteigt, so behält sich der Versicherer das Recht vor, das zuviel entrichtete Taggeld zurückzuverlangen.

Art. 31 Verrechnung

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Prämienforderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer bzw. gegenüber dem Versicherten für seinen Prämienanteil verrechnen.
2. Der Versicherungsnehmer hat kein Recht, dem Versicherer gegenüber etwas zu verrechnen.

Art. 32 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Der Versicherungsnehmer kann seine Forderung gegenüber dem Versicherer weder abtreten noch verpfänden.

Art. 33 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten. Der Versicherer hält ein Adressenverzeichnis dieser Agenturen zur Verfügung.
2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 34 Inkrafttreten und Änderung der Allgemeinen Bedingungen

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Der Versicherer behält sich das Recht vor, jederzeit die nötigen Änderungen vorzunehmen.