

1 Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, Ausgabe D 10

A Allgemeine Bestimmungen

- A 1 Vertragsgrundlagen
- A 2 Anzeigepflichtsverletzung während des Vertragsabschlusses
- A 3 Begriffsdefinitionen
- A 4 Versicherte Personen
- A 5 Vertragsdauer und Kündigung auf Vertragsablauf
- A 6 Betriebswechsel und Betriebsaufgabe
- A 7 Mitteilungen an die Gesellschaft
- A 8 Gerichtsstand

B Deckungsumfang

- B 1 Beginn
- B 2 Versicherte Risiken
- B 3 Einschränkung des Deckungsumfanges
- B 4 Örtlicher Geltungsbereich
- B 5 Versicherungsschutz für den einzelnen Versicherten
 - B 5.1 Beginn
 - B 5.2 Ende
 - B 5.3 Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung

C Leistungen

- C 1 Taggeld
 - C 1.1 Grobfahrlässigkeit
 - C 1.2 Resterwerbsfähigkeit
 - C 1.3 Schwangerschaft
 - C 1.4 Unbezahlter Urlaub
 - C 1.5 Befristeter Arbeitsvertrag
 - C 1.6 Vorleistungen und Abtretungspflicht
 - C 1.7 Pensionierte Personen
 - C 1.8 Kuren
 - C 1.9 Ausland
- C 2 Geburtengeld
- C 3 Berechnung der Leistungen

D Im Versicherungsfall

- D 1 Obliegenheiten
- D 2 Quellensteuerpflichtige Versicherte
- D 3 Kündigung im Versicherungsfall

E Prämien

- E 1 Grundlage der Prämienberechnung
- E 2 Fälligkeit, Ratenzahlung, Rückerstattung, Verzug
- E 3 Prämienabrechnung
- E 4 Anpassung der Prämien

A Allgemeine Bestimmungen

Die Police sowie die nachstehenden Bestimmungen bilden den Vertragsinhalt; der Vertrag untersteht dem schweizerischen Recht. Damit sich die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) leichter lesen lassen, sind alle personenbezogenen Bezeichnungen in männlicher Form gehalten. Selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche und juristische Personen.

A 1 Vertragsgrundlagen

Die Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden der Antrag, die übrigen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten gegenüber der Gesellschaft und den untersuchenden Ärzten sowie die Police mit den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen und allfälligen Nachträgen.

A 2 Anzeigepflichtverletzung während des Vertragsabschlusses

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefährtatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist die Gesellschaft berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Das Kündigungsrecht erlischt 4 Wochen, nachdem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat.

Wird der Vertrag durch Kündigung wegen einer Anzeigepflichtverletzung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht der Gesellschaft für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefährtatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die Gesellschaft Anspruch auf Rückerstattung.

Umfasst der Vertrag mehrere Personen und ist die Anzeigepflicht nur bezüglich einer Person verletzt worden, so bleibt die Versicherung für die übrigen Personen wirksam, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Gesellschaft diese Personen allein zu den nämlichen Bedingungen versichert hätte.

A 3 Begriffsdefinitionen

Im Rahmen des Vertrages gelten als

Krankheit

die durch den Arzt wahrnehmbare, vom Willen des Versicherten unabhängige Störung der Gesundheit, die eine ärztliche Behandlung erfordert und nicht auf einen Unfall oder seine Folgen zurückzuführen ist.

Unfall

die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

Keine Körperschädigung im Sinne des vorstehenden Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Für Personen, die gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung versichert sind, gelten Berufskrankheiten als Unfälle.

Arzt

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

Kuren

Badekuren, die stationär und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden sowie in ärztlich überwachten Kuranstalten und Erholungsheimen durchgeführte

- Diät-, Klima- oder Rehabilitationskuren sowie Entwöhnungskuren wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauchs;
- Erholungsaufenthalte in unmittelbarem Anschluss an einen Spitalaufenthalt oder eine vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeit

die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf berücksichtigt.

Den Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person bestimmt die Gesellschaft aufgrund der durch einen Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist nur die Einschränkung in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit von Bedeutung, nicht aber die medizinisch-theoretische Einschränkung einer körperlichen Funktion.

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst erworben werden müssen. Zumutbar ist eine Massnahme auch dann, wenn Lebensgewohnheiten in einem massvollen Umfang geändert werden müssen.

Versicherungsfall

das die Leistungspflicht der Gesellschaft auslösende Ereignis (ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit), das auf eine versicherte Krankheit oder, sofern vertraglich vereinbart, auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Versicherungsfälle, die keine selbständige Ursache haben, sondern medizinisch mit einer früheren Krankheit oder einem früheren Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehen, werden dem ursprünglichen Versicherungsfall zugeordnet.

Eine Arbeitsunfähigkeit, die mit einer früheren Krankheit und/oder einem früheren Unfall in ursächlichem Zusammenhang steht, gilt indessen als neuer Versicherungsfall, wenn der Versicherte ununterbrochen während mindestens 6 Monaten zu mehr als 50 % arbeitsfähig gewesen ist.

A 4 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police bezeichneten Personen oder Personengruppen.

Bezüger einer Rente der Eidg. Invalidenversicherung (IV) oder Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nur ein reduziertes Pensum erbringen, sind im Rahmen ihrer noch verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit) automatisch mitversichert.

Nachfolgende Personen und Personengruppen sind nur aufgrund besonderer schriftlicher Vereinbarung sowie mit Namensangabe versichert

- der Versicherungsnehmer (Selbständigerwerbender, Betriebsinhaber);
- die mitarbeitenden Familienmitglieder, der eingetragene Partner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes oder der in Hausgemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Lebenspartner, sofern auf dem Lohn dieser Personen keine Beiträge für die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) erhoben werden;
- Heimarbeiter sowie durch Drittunternehmen ausgeliehenes Personal.

A 5 Vertragsdauer und Kündigung auf Vertragsablauf

Ist der Vertrag auf ein Jahr oder eine längere Dauer abgeschlossen, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der 3-monatigen Frist der Gesellschaft bzw. dem Versicherungsnehmer zugekommen ist.

A 6 Betriebswechsel und Betriebsaufgabe

Verlegt der Versicherungsnehmer das Betriebsdomizil innerhalb der Schweiz, bleibt der Versicherungsvertrag weiterhin bestehen, dennoch ist diese Veränderung der Gesellschaft zu melden.

Übernimmt der Versicherungsnehmer anstelle des bisherigen Betriebes einen anderen Betrieb, könnte dies einen Einfluss auf den Fortbestand des Versicherungsvertrages haben. Er ist verpflichtet, der Gesellschaft die neuen Verhältnisse bzw. den Betriebswechsel innert 30 Tagen anzuzeigen. In jedem Fall behält sich die Gesellschaft eine einseitige Anpassung des Versicherungsvertrages vor.

Gibt der Versicherungsnehmer den Betrieb bzw. seine Erwerbstätigkeit auf, hat er die Gesellschaft unverzüglich davon in Kenntnis zu setzen. Für Krankheiten und Unfälle, die nach dem Zeitpunkt der Betriebs- bzw. der Erwerbsaufgabe eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Unrechtmässig erbrachte Leistungen sind an die Gesellschaft zurückzuzahlen.

A 7 Mitteilungen an die Gesellschaft

Der Versicherungsnehmer, die Versicherten oder die Anspruchsberechtigten erfüllen ihre vertragliche Anzeigepflicht nur dann rechtsgenügend, wenn sie die ihnen obliegenden Mitteilungen der Gesellschaftsleitung oder der Geschäftsstelle, welche in der Police aufgeführt ist, zukommen lassen.

A 8 Gerichtsstand

Als Gerichtsstand steht dem Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Anspruchsberechtigten wahlweise der ordentliche Gerichtsstand, ihr schweizerischer Wohnsitz oder ihr schweizerischer Arbeitsort zur Verfügung.

B Deckungsumfang

B 1 Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Police durch Zahlung der Prämie, sofern nicht auf einen früheren Zeitpunkt Deckungszusage abgegeben, die Police ausgehändigt oder in der Police ein späterer Beginn festgelegt worden ist. Ist die Deckungszusage nur eine vorläufige, so verbleibt der Gesellschaft das Recht, die endgültige Übernahme der beantragten Versicherung abzulehnen. Macht die Gesellschaft davon Gebrauch, so erlischt der Versicherungsschutz 3 Tage nach Eintreffen der Ablehnungserklärung beim Versicherungsnehmer. Die Teilprämie bis zum Erlöschen des Versicherungsschutzes bleibt der Gesellschaft geschuldet.

Beantragt der Versicherungsnehmer eine Ausdehnung der Versicherung, so findet vorstehender Absatz für das neu hinzukommende Risiko sinngemäss Anwendung.

B 2 Versicherte Risiken

Versicherbar sind folgende Leistungsarten

- ein Taggeld bei vorübergehender krankheits- und, sofern vertraglich vereinbart, vorübergehender unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit;
- ein Geburtengeld.

B 3 Einschränkungen des Deckungsumfanges

Keine Leistungen werden ausgerichtet für Versicherungsfälle

- infolge von kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte erkrankte innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, und er sei vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden;
- im ausländischen Militärdienst;
- bei inneren Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte lege glaubhaft dar, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen und des Versuchs dazu;
- bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder Motorbooten sowie bei Trainingsfahrten auf der Rennstrecke;
- infolge von absichtlich, nicht aus medizinischen Gründen in den Körper aufgenommene Arzneimittel, Drogen und Chemikalien;
- infolge von Eingriffen am eigenen Körper, die der Versicherte selbst vornimmt oder durch Dritte vornehmen lässt. Darunter fallen auch

prophylaktische, diagnostische oder therapeutische ärztliche Massnahmen (Narkose, Einspritzungen, Bestrahlungen, Operationen usw.), soweit sie nicht durch einen versicherten Unfall oder eine versicherte Krankheit bedingt sind;

- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen (Nuklearschäden), sofern der Bund oder der Inhaber einer Kernanlage bzw. einer Transportbewilligung aufgrund der Kernenergie-Haftpflichtgesetzgebung dafür einzustehen hat.

Sind Gesundheitsschädigungen zum Teil auf nicht versicherte Krankheiten und/oder Unfälle zurückzuführen, so werden die Leistungen der Gesellschaft nach sachverständigem Ermessen entsprechend gekürzt.

B 4 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz jedoch nur so lange, als der Versicherte der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung (z. B. AHV/IV, UVG usw.) untersteht. Danach erlischt die Versicherung für den betreffenden Versicherten.

B 5 Versicherungsschutz für den einzelnen Versicherten

B 5.1 Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt für den einzelnen Versicherten an dem Tag, an dem er die Arbeit im versicherten Betrieb antritt, frühestens jedoch an dem in der Police bezeichneten Versicherungsbeginn.

Für alle namentlich zu bezeichnenden Personen beginnt der Versicherungsschutz erst nach erfolgter Bestätigung der Aufnahme durch die Gesellschaft. Für diese Personen sind Arbeitsunfähigkeiten infolge von Krankheiten und/oder Unfällen, die schon vor Beitritt zur Versicherung bestanden haben und behandelt worden sind, nur versichert, sofern sie beim Beitritt zur Versicherung angezeigt und nicht mittels Vorbehalt von der Versicherung ausgeschlossen worden sind.

Ist eine nicht namentlich zu versichernde Person bei Vertragsbeginn bzw. bei Eintritt in den deklarierten Betrieb ganz oder teilweise arbeitsunfähig, so beginnt der Versicherungsschutz frühestens in jenem Zeitpunkt, in welchem sie für das im Arbeitsvertrag festgelegte Arbeitspensum als vollumfänglich arbeitsfähig erklärt wurde, es sei denn, die versicherte Person habe aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf Leistungen ab einem früheren Zeitpunkt.

Beantragt der Versicherungsnehmer eine Ausdehnung der Versicherung, so finden die vorstehenden Bestimmungen auf zusätzliche oder erhöhte Leistungen sinngemäss Anwendung.

B 5.2 Ende

Der Versicherungsschutz endet für den einzelnen Versicherten

- mit dem Erlöschen, dem Ruhen oder der Aufhebung dieses Vertrages;
- mit dem Austritt aus dem versicherten Betrieb;
- mit der Aufgabe des Betriebes bzw. mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung in den einzelnen Leistungsarten. Wird ein nicht namentlich Versicherter über das Ende der Anspruchsberechtigung hinaus weiterhin im versicherten Betrieb des Versicherungsnehmers beschäftigt, so bleibt er im Rahmen der noch verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit) versichert;
- mit der Vollendung des 70. Altersjahres;
- mit der Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

Die Unfalldeckung endet, wenn der Versicherte UVG-pflichtig wird.

Für Versicherungsfälle durch Krankheit, die vor dem Ende des Versicherungsschutzes bereits entschädigungspflichtig waren bzw. sich bereits in der Wartefrist befanden, aber noch nicht abgeschlossen sind, wird das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die Leistungsdauer weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss Bundesgesetz über die Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG).

In den nachfolgenden Fällen besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Erlöschen des Versicherungsschutzes

- wenn der Versicherte in die Einzel-Krankentaggeldversicherung der Gesellschaft übertritt;
- wenn der Versicherte bei einem Stellenwechsel in die Kollektivversicherung des neuen Arbeitgebers übertritt oder wenn die vorliegende Versicherung aufgelöst und ihre Weiterführung bei einer anderen Gesellschaft beantragt wird, und der neue Versicherungsträger aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss (Freizügigkeitsfälle).

B 5.3 Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung

Scheidet ein Versicherter aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer aus oder wird die Police aufgehoben, so kann der Versicherte, sofern er das AHV-Pensionsalter noch nicht erreicht und seinen Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein hat, innert 90 Tagen ab Ausscheiden aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis oder ab Zeitpunkt der Policenaufhebung schriftlich den Übertritt in die Einzelversicherung verlangen. Seine Versicherung wird alsdann unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse als Einzelversicherung

weitergeführt. Das Taggeld darf den effektiven Verdienstaustausch bzw. die Höhe des Arbeitslosentaggeldes nicht übersteigen. Gegebenenfalls werden die Leistungen in dem Masse reduziert, als die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit freiwillig herabsetzt oder aufgibt. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Art. 73 KVG (Leistungscoordination mit der Arbeitslosenversicherung). Es können nur Leistungsarten versichert werden, die bisher schon versichert waren.

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherten über das Übertrittsrecht und über die Frist für die Geltendmachung des Übertritts vor dem Ausscheiden aus dem Betrieb oder vor dem Zeitpunkt der Policenaufhebung schriftlich zu informieren. Versäumt der Arbeitgeber den entsprechenden Versicherten rechtzeitig zu informieren, ist die Gesellschaft nicht verpflichtet, den Übertritt in die Einzelversicherung zu gewähren. Vorbehalten bleibt Art. 100 Abs. 2 VVG.

Die Weiterführung der Versicherung erfolgt im Rahmen der im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen für die Einzelversicherung. Für die Prämienberechnung ist das Alter des Versicherten zur Zeit des Eintritts in die Kollektivversicherung massgebend.

Wurde bei einem nicht namentlich Versicherten die maximale Leistungsdauer ausgeschöpft, so beschränkt sich sein Übertrittsrecht auf die noch verbleibende Arbeitsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit). Für das Leiden, welches zum Erlöschen der Anspruchsberechtigung geführt hat, werden keine weiteren Leistungen mehr erbracht.

Für Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt des Übertritts bereits entschädigungspflichtig waren, aber noch nicht abgeschlossen sind, wird das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die Leistungsdauer zu Lasten der Kollektivversicherung weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss Bundesgesetz über die Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG). Bei Rückfällen innert 6 Monaten werden die Tage, für die Taggelder aus dem vorliegenden Vertrag erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet. Dieselbe Regelung gilt für Versicherungsfälle, welche sich zur Zeit des Übertritts in der Wartefrist befinden.

Es besteht kein Übertrittsrecht

- bei Stellenwechsel und der Möglichkeit des Eintritts in die Versicherung des neuen Arbeitgebers oder
- bei Auflösung der vorliegenden Versicherung und der Weiterführung derselben bei einem anderen Versicherer;
- sofern der neue Versicherer die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleistet;
- für Versicherte, welche infolge Pensionierung aus dem versicherten Betrieb austreten;
- für namentlich versicherte Personen.

C Leistungen

C 1 Taggeld

Die Gesellschaft vergütet für jeden Kalendertag bei einer festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % ein dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechendes Taggeld.

Ist die Höhe des Taggeldes vom Lohn abhängig, so ist der ausfallende Lohn Gegenstand der Versicherung.

Das Taggeld wird nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Diese beginnt zu laufen, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % eintritt, frühestens aber 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Für die Berechnung der Wartefrist zählen nur Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und mehr besteht. Solche Tage werden indessen vollumfänglich an die Wartefrist angerechnet. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall nur einmal geltend gemacht.

Die Gesellschaft bezahlt das Taggeld für sämtliche versicherten Fälle von Krankheit und Unfall zusammen für höchstens 720 Tage innerhalb einer vom jeweiligen Krankheits- bzw. Unfalltag zurückzurechnenden Zeitspanne von 900 aufeinander folgenden Tagen (Leistungsdauer) –

unter Vorbehalt der einschränkenden Bestimmungen gemäss diesem Artikel. Dabei zählen Tage, an welchen ein reduziertes Taggeld ausbezahlt wird, als volle Tage.

C 1.1 Grobfahrlässigkeit

Die Gesellschaft verzichtet auf das Recht, bei grobem Verschulden des Versicherten ihre Leistungen zu kürzen.

Der Verzicht auf Kürzungen und Verweigerungen von Leistungen findet bei Unfall keine Anwendung, wenn der Versicherte den Unfall im Zustand der Angetrunkenheit mit einer Blutalkoholkonzentration von über 1.0 ‰ oder unter Drogeneinfluss verursacht hat. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherte sich vorsätzlich einer Blutprobe, die angeordnet wurde oder mit deren Anordnung er rechnen musste, oder einer zusätzlichen ärztlichen Untersuchung widersetzt oder entzogen hat oder wenn er den Zweck dieser Massnahmen vereitelt hat.

C 1.2 Resterwerbsfähigkeit

Versichert ist der Lohn für das Pensum der Resterwerbsfähigkeit für jeden neuen Versicherungsfall. Für die bestehende Teilerwerbsunfähigkeit

ursächliche Leiden oder deren Verschlimmerung werden jedoch keine Leistungen erbracht. Falls die Gesellschaft für das ursächliche Leiden leistungspflichtig gewesen ist und diese Leistungspflicht zur Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer geführt hat, werden keine weiteren Leistungen erbracht.

C 1.3 Schwangerschaft

Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft besteht ein Anspruch auf Leistungen.

C 1.4 Unbezahlter Urlaub

Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt der Versicherungsschutz bis maximal 210 Tage bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiter besteht. Während der Dauer des unbezahlten Urlaubs besteht kein Anspruch auf Taggelder und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, beginnt die Wartefrist und Leistungsdauer an dem Tag, an dem die versicherte Person die Arbeit hätte wieder aufnehmen sollen.

Das Taggeld richtet sich nach dem Einkommen, das der Versicherte vor Antritt des unbezahlten Urlaubs erzielt hat.

C 1.5 Befristeter Arbeitsvertrag

Für Personen mit einem auf maximal 3 Monaten befristeten Arbeitsvertrag wird das Taggeld längstens für 180 Tage ausgerichtet.

C 1.6 Vorleistungen und Abtretungspflicht

Sofern ein haftpflichtiger Dritter oder sein Versicherer bereits Ersatz für Erwerbsausfall geleistet hat, bezahlt die Gesellschaft nur den noch verbleibenden Lohnausfall, höchstens aber die durch diesen Vertrag versicherten Leistungen. Wird die Gesellschaft anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist der Versicherte verpflichtet, ihr seine Haftpflichtansprüche bis zum Betrag ihrer Aufwendungen abzutreten.

Bestehen für das Taggeld mehrere Versicherungen nach Lohnsystem, so wird der Lohnausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche die Gesellschaft erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

In Fällen, die von der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Erwerbssatzordnung (EO), einer betrieblichen Versicherung, der Eidg. Militärversicherung, einer Unfallversicherung (UVG) oder einer ausländischen Sozialversicherung entschädigt werden, bezahlt die Gesellschaft nur die Differenz zwischen diesen Leistungen und der im vorliegenden Vertrag vereinbarten Taggelddhöhe.

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich bei der IV anzumelden, falls eine Krankheit oder ein Unfall länger als 6 Monate dauert und eine Besserung nicht absehbar ist. Die Gesellschaft hat das Recht, die versicherte Person zur Anmeldung aufzufordern. Weigert sich die versicherte Person sich anzumelden, ist der Versicherer berechtigt, hypothetische Leistungen der IV an seine eigenen Leistungen anzurechnen.

Steht die Leistung der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Erwerbssatzordnung (EO), einer betrieblichen Versicherung, der Eidg. Militärversicherung, einer Unfallversicherung (UVG) oder einer ausländischen Sozialversicherung noch nicht fest, so erbringt die Gesellschaft das versicherte Taggeld im Sinne einer Vorleistung, sofern die versicherte Person ihre Leistungsansprüche gegenüber diesen Institutionen an die Gesellschaft bis zum Betrag der Vorleistungen abgetreten hat. Die Gesellschaft hat hierauf das Recht, ihre Ansprüche bei diesen Institutionen direkt geltend zu machen.

C 1.7 Pensionierte Personen

Für Personen, die infolge Pensionierung aus dem versicherten Betrieb ausscheiden, werden ab dem Zeitpunkt des Austritts keine Leistungen mehr ausgerichtet. Anders lautende Bestimmungen gemäss Ende des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten sowie Übertritt in die Einzelversicherung sind gegenstandslos und finden keine Anwendung.

Werden Personen über das AHV-Pensionsalter hinaus weiterbeschäftigt, erbringt die Gesellschaft Taggelder für höchstens 180 Tage. Die Anspruchsberechtigung erlischt endgültig mit der Vollendung des 70. Altersjahres.

C 1.8 Kuren

Die Gesellschaft zahlt bei medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Kuren das vereinbarte Taggeld für höchstens 30 Tage innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, sofern nach ärztlicher Ansicht ein Spitalaufenthalt oder eine Arbeitsunfähigkeit nachweislich abgekürzt oder vermieden werden kann.

Der Gesellschaft ist vor dem Kurantritt ein ärztliches Zeugnis einzureichen, worin die medizinische Notwendigkeit der Kur bestätigt wird.

C 1.9 Ausland

Ein erkrankter Versicherter, der sich ohne Zustimmung der Gesellschaft in ein anderes Land als dasjenige seines Wohnsitzes begibt, hat erst vom Zeitpunkt seiner Rückkehr an wieder Anspruch auf Leistungen.

Für Ausländer ohne Niederlassungs- oder Jahresaufenthaltsbewilligung in der Schweiz (Grenzgänger ausgenommen), die sich im Ausland aufhalten, erlischt der Leistungsanspruch mit dem Ablauf der Frist, bis zu welcher der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Lohnzahlung verpflichtet ist. Diese Einschränkung findet keine Anwendung während Spitalaufenthalten im Ausland.

C 2 Geburtengeld

Die Gesellschaft entrichtet weiblichen Versicherten für jede Geburt (unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder) nach dem 6. Schwangerschaftsmonat das in der Police festgelegte Geburtengeld. In Fällen, in denen eine Mutterschaftsentschädigung gemäss Erwerbssatzordnung entrichtet wird, bezahlt die Gesellschaft nur die Differenz zwischen diesen Leistungen und dem im vorliegenden Vertrag vereinbarten Geburtengeld.

Ist die Schwangerschaft vor dem Beitritt zur Versicherung oder vor Einschluss des Geburtengeldes eingetreten, wird das Geburtengeld für höchstens 21 Tage ausgerichtet.

Hat die Versicherte gleichzeitig Anrecht auf ein Krankentaggeld und ein Geburtengeld, wird nur die höhere der beiden Leistungen ausgerichtet.

C 3 Berechnung der Leistungen

Bei der Berechnung der Versicherungsleistungen wird auf das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen abgestellt. Löhne und Lohnanteile, auf denen wegen des Alters des Versicherten oder wegen internationaler Abkommen keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen. Familienzulagen, die als Kinder-Ausbildungs- oder Haushaltzulagen gewährt werden, werden nur insoweit entschädigt, als die versicherte Person bzw. der Ehepartner nicht anderweitig einen Entschädigungsanspruch geltend machen kann.

Die im Maximum pro Person zu berücksichtigende Jahreslohnsomme wird in der Police festgelegt.

Als Grundlage für die Bemessung des Taggeldes und des Geburtengeldes gilt der letzte vor dem Versicherungsfall bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Übt der Versicherte keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus oder unterliegt sein Lohn starken Schwankungen, so wird auf das durchschnittliche Einkommen in den letzten 12 Monaten vor dem Versicherungsfall abgestellt.

Ändert sich der Lohn während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, wird das Taggeld für die Zukunft entsprechend neu bestimmt.

D Im Versicherungsfall

D 1 Obliegenheiten

Ist ein Versicherungsfall eingetreten, für den die Gesellschaft voraussichtlich Leistungen zu erbringen hat, so ist dieser der Gesellschaft unverzüglich, spätestens aber 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit schriftlich zu melden.

Der Versicherte hat so bald als möglich einen Arzt bei zu ziehen und dessen Anordnungen Folge zu leisten. Ferner hat er alles zu tun, was zur Abklärung des Versicherungsfalles und dessen Folgen dienen kann; der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft zu entbinden und die Untersuchung durch die von der Gesellschaft beauftragten Ärzte zu gestatten.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben alles zu unternehmen, um die Dauer der Arbeitsunfähigkeit so kurz wie möglich zu halten (Minderungspflicht im Versicherungsfall). Der Versicherte hat insbesondere bei voraussichtlich dauernder voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eine allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufs- und/oder Stellenwechsel zur Folge hat. Dazu setzt ihm die Gesellschaft eine angemessene Frist.

Bei Verletzung einer Obliegenheit ist die Gesellschaft befugt, die Versicherungsleistungen vorübergehend oder dauernd zu kürzen oder in schwerwiegenden Fällen zu verweigern. Bei verspäteter Meldung kann sie zudem die Leistung erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung erbringen. Diese Einschränkungen finden keine Anwendung, wenn der

Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung unverschuldet war oder auf den Schaden bzw. die Rechtsstellung der Gesellschaft keinen Einfluss ausgeübt hat.

D 2 Quellensteuerpflichtige Versicherte

Sofern der Versicherungsnehmer Versicherungsleistungen für quellensteuerpflichtige Versicherte erhält, ist dieser für die ordnungsgemässe Abrechnung mit der zuständigen Steuerbehörde verpflichtet.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht oder nicht in genügendem Ausmass nach und wird an dessen Stelle die Gesellschaft von der Steuerbehörde belangt, so steht ihr ein Rückgriffsrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

D 3 Kündigung im Versicherungsfall

Nach jedem Versicherungsfall, für den die Gesellschaft Leistungen erbracht hat, kann

- der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Leistung der Gesellschaft Kenntnis erhalten hat;
- die Gesellschaft spätestens bei Leistungserbringung, den davon betroffenen Teil des Vertrages oder den gesamten Vertrag kündigen.

Kündigt der Versicherungsnehmer, erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung bei der Gesellschaft.

Kündigt die Gesellschaft, erlischt der Versicherungsschutz 30 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.

E Prämien

E 1 Grundlage der Prämienberechnung

Die Grundlage der Prämienberechnung bildet das im Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen. Löhne und Lohnanteile, auf denen wegen des Alters des Versicherten oder wegen internationaler Abkommen keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.

Für namentlich versicherte Personen gilt das in der Police vereinbarte Erwerbseinkommen.

E 2 Fälligkeit, Ratenzahlung, Rückerstattung, Verzug

Die Prämie ist ohne anders lautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus bis spätestens am ersten Tag der vereinbarten Verfallmonate zu entrichten. Die erste Prämie wird bei Empfang der Rechnung, frühestens jedoch bei Versicherungsbeginn, zur Zahlung fällig.

Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die im Verlaufe des Versicherungsjahres fällig werdenden Raten bloss als gestundet. Vorbehalten bleibt nachstehender Absatz.

Wird der Vertrag aus irgendeinem Grunde vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben bzw. gekündigt, so erstattet die Gesellschaft die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, zurück und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.

Diese Regelung gilt nicht,

- wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Versicherungsfall während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt;
- wenn die Gesellschaft zufolge Wegfalls des Risikos die Versicherungsleistung erbracht hat.

Werden die Prämien, inklusive der sich aus der ordentlichen Prämienabrechnung oder aus der Einschätzung ergebenden Nachprämie nicht fristgemäss entrichtet, so fordert die Gesellschaft den Versicherungsnehmer, unter Androhung der Säumnisfolgen, auf seine Kosten schriftlich zur Zahlung innert 14 Tagen auf. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht der Gesellschaft für Versicherungsfälle, welche vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Zahlung der Prämien (zuzüglich Zinsen und Kosten) eingetreten sind.

E 3 Prämienabrechnung

Bei Versicherung mit Prämienabrechnung hat der Versicherungsnehmer zu Beginn jeder Versicherungsperiode zunächst die provisorisch festgesetzte Prämie zu bezahlen. Nach Ablauf jeder einzelnen Versicherungsperiode oder nach Auflösung des Vertrages wird die Prämienabrechnung vorgenommen. Zu diesem Zweck stellt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer ein Formular mit der Aufforderung zu, ihr darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung mitzuteilen.

Eine sich aus der Prämienabrechnung ergebende Nachprämie ist innert 30 Tagen, nachdem die Gesellschaft den Betrag vom Versicherungsnehmer eingefordert hat, zu bezahlen. Eine allfällige Rückprämie lässt die Gesellschaft innerhalb derselben Frist seit Feststellung des endgültigen Prämienbetrages dem Versicherungsnehmer zugehen. Die Gesellschaft ist berechtigt, die provisorisch festgesetzte Prämie jederzeit den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen.

Die Gesellschaft hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Er hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, Belege usw.) zu gewähren. Hat der Versicherungsnehmer die Prämienabrechnungsgrundlagen nicht wahrheitsgemäss deklariert, so ruht die Leistungspflicht der Gesellschaft ab dem

Zeitpunkt, an dem die Erklärung zur Prämienabrechnung spätestens hätte erstattet werden sollen, bis zur Bezahlung der Nachprämie (zuzüglich Zinsen und Kosten), die sich bei richtiger Deklaration ergibt.

Sendet der Versicherungsnehmer die Erklärung zur Prämienabrechnung nicht innert 30 Tagen seit Empfang der Aufforderung an die Gesellschaft zurück, so ist sie berechtigt, die mutmasslich geschuldete Prämie durch eine Schätzung festzulegen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innert 30 Tagen nach Empfang der Einschätzung eine Berichtigung derselben zu verlangen. Dazu hat er die erforderlichen Angaben zu liefern. Nach Ablauf dieser Frist gilt die Einschätzung als angenommen.

E 4 Anpassung der Prämien

Die Gesellschaft hat das Recht, auf den Beginn eines Versicherungsjahres die Prämien dem Schadenverlauf anzupassen.

Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 30 Tage vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres bekannt zu geben.

Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die von den Änderungen betroffenen Teile des Vertrages oder den gesamten Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres schriftlich zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen.

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