
Kollektiv-Taggeldversicherung Salary (KVG-angelehnt)

Kollektiv-Taggeldversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe: April 2013

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

sanitas

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen	3
1. Versicherungsträger	3
2. Gegenstand der Versicherung	3
3. Grundlagen des Vertrages	3
4. Definitionen	3
Versicherter Personenkreis	3
5. Versicherte Betriebe	3
6. Versicherte Personen	3
7. Versichertes Erwerbseinkommen	4
8. Örtlicher Geltungsbereich	4
Dauer des Versicherungsschutzes	4
9. Beginn	4
10. Dauer	4
11. Ende	5
12. Versicherungsfälle, die bei Erlöschen des Ver- sicherungsschutzes noch nicht abgeschlossen sind	5
13. Übertritt in die Einzelversicherung	5
Leistungen	6
14. Leistungsvoraussetzungen	6
15. Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall	6
16. Verletzung der Obliegenheiten	7
17. Leistungsbeginn	7
18. Wartefrist	7
19. Leistungsdauer	7
20. Leistungsunterbruch	7
21. Leistungsumfang	8
22. Einschränkungen des Versicherungsschutzes	8
23. Leistungen Dritter	8
24. Mutterschaft	8
25. Geburtengeld	8
26. Berechnung des Taggeldes	9
27. Versicherungsgewinn	9
28. Verpfändung und Abtretung von Leistungen	9
Prämien	9
29. Grundlagen der Prämienberechnung	9
30. Prämienzahlung, Fälligkeit	9
31. Prämienabrechnung	9
32. Rückerstattung der Prämien	9
33. Zahlungsverzug	9
34. Überschussbeteiligung	10
35. Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht	10
36. Prämienanpassung	10
Schlussbestimmungen	11
37. Mitteilungen und Informationspflicht	11
38. Gerichtsstand	11

Grundlagen

1. Versicherungsträger

Versicherungsträger der Kollektiv-Taggeldversicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ist die Sanitas Privatversicherungen AG (nachfolgend Sanitas genannt). Sie hat die Sanitas Grundversicherungen AG ermächtigt, alle Handlungen in ihrem Namen und auf ihre Rechnung vorzunehmen.

2. Gegenstand der Versicherung

Die Kollektiv-Taggeldversicherung (nachfolgend Versicherung genannt) gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Zusätzlich kann ein Geburtengeld versichert werden.

3. Grundlagen des Vertrages

- 3.1. Der Vertrag besteht aus folgenden Bestandteilen:
 - a) den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
 - b) allfälligen Zusatzbedingungen (ZB) oder Besonderen Bedingungen (BB)
 - c) allfälligen schriftlichen Erklärungen, die im Antrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgegeben wurden
 - d) der Police
 - e) allfälligen Nachträgen
- 3.2. In Ergänzung zu diesen Bestimmungen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

4. Definitionen

- 4.1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung zur Folge hat.
- 4.2. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat. Die in der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung (UVV) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.
- 4.3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 4.4. Arbeitsunfähigkeit ist die durch 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.

- 4.5. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 4.6. Als Arzt gilt der zur Berufsausübung zugelassene eidgenössisch diplomierte oder durch ein gleichwertiges kantonales oder ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesene Arzt oder Chiropraktor.
- 4.7. Als Familienmitglieder gelten Ehegatten, Kinder, Eltern, der eingetragene Partner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes und der in Hausgemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Lebenspartner.
- 4.8. Als Versicherungsnehmer gilt diejenige natürliche oder juristische Person, welche den Versicherungsvertrag abschliesst.

Versicherter Personenkreis

5. Versicherte Betriebe

Als versicherte Betriebe gelten die in der Police aufgeführten Haupt- und Nebenbetriebe, Filialen und Tochtergesellschaften.

6. Versicherte Personen

- 6.1. Versichert sind die im Vertrag bezeichneten Personen und Personenkreise, die im versicherten Unternehmen als Arbeitnehmer im Sinne des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) tätig sind und das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben (vorbehältlich Ziffer 6.4.c).
- 6.2. Nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführte Arbeitgeber, Selbständigerwerbende und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitende Familienmitglieder sind nur versichert, wenn sie in der Police namentlich bezeichnet sind.
- 6.3. Nur aufgrund besonderer vertraglicher Vereinbarung sind versichert
 - a) kurzfristige Aushilfen mit einem bis zu 3 Monaten befristeten Arbeitsvertrag;
 - b) Teilzeitbeschäftigte, welche weniger als 8 Stunden pro Woche arbeiten;
 - c) Heimarbeiter;
 - d) Arbeitnehmende, die in der Schweiz angestellt, aber aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der Europäischen Union (EU) oder der EFTA-Konvention nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.
- 6.4. Nicht versichert sind
 - a) das dem Versicherungsnehmer bzw. dem versicherten Betrieb durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
 - b) Personen, die im Auftragsverhältnis für den versicherten Betrieb tätig sind;

- c) Personen, die bei Arbeitsaufnahme bzw. Versicherungsbeginn das AHV-Alter erreicht haben;
- d) Stundenlöhner, die kein fix bestimmtes, regelmässiges Pensum von mindestens 8 Stunden pro Woche im Betrieb absolvieren;
- e) Personen, bei welchen der Lohnausfallanteil im Stundenlohn inbegriffen ist.

7. Versichertes Erwerbseinkommen

- 7.1. Im Rahmen der Schadenversicherung gilt:
Bei Arbeitnehmenden ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz des effektiven AHV-Lohnes versichert. Vorbehalten bleiben andere vertragliche Vereinbarungen. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Krankheitsbeginn im versicherten Betrieb bezogene AHV-Lohn. Bei unregelmässigen Einkommen wird auf einen angemessenen Durchschnittslohn seit Anstellung, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, pro Tag abgestellt. Lohnerhöhungen während eines Taggeldbezuges werden nicht mitberücksichtigt, es sei denn, die Erhöhung erfolge zwingend aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV). Der höchstversicherte Jahreslohn ist in der Police aufgeführt.
- 7.2. Im Rahmen der Summenversicherung gilt:
Bei Arbeitgebern, Selbständigerwerbenden und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitenden Familienmitgliedern ist, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, maximal der in der Police aufgeführte feste Jahreslohn versichert.

8. Örtlicher Geltungsbereich

- 8.1. Für versicherte Personen mit Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein sowie für Grenzgänger mit entsprechender Bewilligung gilt die Versicherung weltweit.
- 8.2. Versicherungsschutz besteht für entsandte versicherte Personen, welche sich maximal 24 aufeinander folgende Monate im Ausland aufhalten. Als entsandte versicherte Personen gelten solche, welche weiterhin für den Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz tätig sind, diesem gegenüber einen Lohnanspruch haben und dem Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG) unterstellt sind.
- 8.3. Bei Aufenthalten ausserhalb von Staaten der EU/EFTA werden nur Leistungen erbracht, wenn ein akuter stationärer Spitalaufenthalt notwendig ist, und nur so lange, wie die Rückkehr an den Wohnsitz nicht möglich ist. Diese Einschränkung gilt nicht für Personen gemäss Ziffer 8.2.

Dauer des Versicherungsschutzes

9. Beginn

- 9.1. Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem von Sanitas in einer schriftlichen Antragsbestätigung angegebenen Datum.
- 9.2. Für nicht namentlich bezeichnete Personen, welche zu einem im Vertrag aufgeführten Personenkreis gehören, sind grundsätzlich weder Anträge noch Gesundheitsprüfungen erforderlich. Die Versicherung gilt für sie automatisch.
- 9.3. Für Arbeitgeber, Selbständigerwerbende und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitende Familienmitglieder muss die Aufnahme in die Versicherung einzeln beantragt werden, sofern die oben erwähnten Personen nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind. Die Versicherung beginnt erst, wenn Sanitas den Antrag schriftlich angenommen hat.
- 9.4. Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, ist Sanitas berechtigt, innert 4 Wochen, seit sie von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, den davon betroffenen Teil des Vertrages schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zustellung beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 9.5. Für neu eintretende Arbeitnehmende beginnt die Versicherung mit dem Tag der Arbeitsaufnahme. Personen, die bei Beginn des Arbeitsvertrages bzw. bei Beginn der Versicherung wegen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Gebrechens nicht oder nur teilweise arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind.
- 9.6. Teilinvalide oder behinderte Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme bzw. bei Beginn ihrer Versicherung für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein. Eine vorübergehende oder teilweise Verschlimmerung des Leidens, das zur Teilinvalidität führte, ist nicht versichert.
- 9.7. Haben Versicherte aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.

10. Dauer

- 10.1. Der Vertrag ist für die in der Police festgelegte Dauer abgeschlossen. Nach Ablauf der Vertragsdauer verlängert er sich jeweils stillschweigend um 1 Jahr, wenn keiner der Vertragspartner gekündigt hat. Die Kündigung muss

spätestens 3 Monate vor Vertragsablauf schriftlich beim Vertragspartner eingetroffen sein.

- 10.2. Nach jeder Erkrankung, für die eine Entschädigung geschuldet wird, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag, spätestens 14 Tage nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat, schriftlich kündigen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung bei Sanitas. Die Versicherungsdeckung endet mit dem Eintreffen der Kündigung bei Sanitas.
- 10.3. Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung bei jeder Änderung des Prämientarifs kündigen. Es gilt die Kündigungsfrist gemäss Ziffer 36.1.
- 10.4. Sanitas kann auf das Kündigungsrecht im Schadenfall verzichten.

11. Ende

- 11.1. Der Versicherungsschutz endet für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Vertrages.
- 11.2. Der Vertrag endet
 - a) bei fristgerechter Kündigung;
 - b) bei Konkurseröffnung des Versicherungsnehmers;
 - c) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
 - d) bei Einstellung des Betriebes.
- 11.3. Der Versicherungsschutz endet für die einzelne versicherte Person
 - a) mit dem Erlöschen oder der Aufhebung des Vertrages;
 - b) mit dem Austritt aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Versicherungsnehmers nach 31 Tagen, sofern aufgrund von Freizügigkeitsabkommen kein anderer Versicherungsschutz besteht; bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland entfällt diese Nachdeckung;
 - c) mit Erreichen des AHV Alters bzw. mit der Vollendung des 70. Altersjahres für diejenigen Personen, die im Rahmen von Ziffer 6.1. weiter versichert waren;
 - d) sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird;
 - e) nach Überschreiten des Auslandsaufenthaltes von maximal 24 aufeinander folgenden Monaten;
 - f) mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer;
 - g) mit dem Tod der versicherten Person.

12. Versicherungsfälle, die bei Erlöschen des Versicherungsschutzes noch nicht abgeschlossen sind

Für versicherte Personen, die bei Erlöschen der Versicherung arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistungen). Tritt die versicherte Person in die Einzelversicherung über, gelten die Bestimmungen von Ziffer 13. Keine Nachleistungen bestehen für Freizügigkeitsfälle im Sinne von Ziffer

13.8.b), ferner bezüglich des Geburtengeldes, falls die versicherte Person früher als 8 Wochen vor der Niederkunft aus dem Betrieb austritt.

13. Übertritt in die Einzelversicherung

- 13.1. In der Schweiz wohnhafte versicherte Personen haben das Recht, ohne Gesundheitsprüfung in die Einzelversicherung von Sanitas überzutreten, wenn
 - a) sie aus dem Kreis der Versicherten ausscheiden;
 - b) der Vertrag erlischt;
 - c) sie als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (ALV) und die Insolvenzschiadigung (AVIG) gelten.
- 13.2. Die versicherte Person hat das Übertrittsrecht innerhalb von 3 Monaten geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Ausscheiden aus der Versicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung gemäss Ziffer 13.4., die auf das Recht auf Übertritt aufmerksam macht. Erhält die versicherte Person eine Nachleistung gemäss Ziffer 12, beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die schriftliche Mitteilung durch Sanitas.
- 13.3. Gilt die versicherte Person nach dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung als arbeitslos im Sinne des AVIG, hat sie das Übertrittsrecht innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung im Sinne von Ziffer 13.4. geltend zu machen.
- 13.4. Der Versicherungsnehmer hat die ausscheidende versicherte Person über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung beim Austritt aus dem versicherten Betrieb schriftlich zu informieren. Bei Nichteinhaltung der Orientierungspflicht durch den Versicherungsnehmer verbleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. In diesem Fall haftet der Versicherungsnehmer für die daraus entstehenden Schäden.
- 13.5. Die in die Einzelversicherung von Sanitas übertretenden Personen haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich jedoch auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV), im Maximum auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Massgebend für den neuen Vertrag sind die Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des AVIG gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.
- 13.6. Ein im Zeitpunkt des Übertritts in die Einzelversicherung pendenter Schadenfall wird bis zu dessen Abschluss über die bisherige Kollektivversicherung abgerechnet.
- 13.7. Kommt es nach Übertritt in die Einzelversicherung zu einem Rückfall gemäss Ziffer 19.2 und steht dieser im Zusammenhang mit Krankheiten oder Unfällen, die sich während der Versicherungsdauer in diesem Vertrag er-

eignet haben, werden sich daraus ergebende Leistungen über die bisherige Kollektivversicherung abgerechnet.

- 13.8. Kein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung besteht
- bei Stellenwechsel und Übertritt in die Taggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers;
 - bei Erlöschen dieses Vertrages und Weiterführung desselben bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis, sofern der neue Versicherer die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss (Freizügigkeitsfälle);
 - für versicherte Personen, die das AHV-Alter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden;
 - für versicherte Personen, die im Ausland wohnen (vorbehalten bleiben die Abkommen über den freien Personenverkehr);
 - für versicherte Personen, die mit einem befristeten Arbeitsvertrag angestellt sind. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 AVIG gelten die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG;
 - wenn die Leistungen im Vertrag vollständig erschöpft sind.

Leistungen

14. Leistungsvoraussetzungen

- 14.1. Das Taggeld wird für die Dauer der vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf einer allfälligen Wartezeit ausgerichtet.
- 14.2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit richtet sich die Höhe des Taggeldes nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit; weniger als 50% ergibt keinen Anspruch.
- 14.3. Gilt die versicherte Person als Arbeitsloser im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG), erbringt Sanitas das Taggeld zu folgenden Bedingungen:
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% die Hälfte des Taggeldes
 - bei einer Arbeitsunfähigkeit von über 50% das volle Taggeld
- 14.4. Teilinvalide oder behinderte versicherte Personen gelten im Sinne dieser Bedingungen als voll arbeitsfähig, wenn sie entsprechend ihrem Beschäftigungsgrad voll arbeitsfähig sind. Ihre Arbeitsunfähigkeit bemisst sich nach dem Grad der Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben.
- 14.5. Arbeitsausfälle infolge von Kuren sind nur versichert, wenn diese medizinisch notwendig sind, 14 Tage vor Kurbeginn ein Kursesuch an Sanitas eingereicht wird und Sanitas die Kur bewilligt hat.
- 14.6. Begibt sich die versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.
- ### 15. Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall
-
- 15.1. Eine Arbeitsunfähigkeit muss durch den Versicherungsnehmer spätestens 10 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit gemeldet werden.
Mit der Meldung ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes einzureichen. Bei unentschuldbarer verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang dieser Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- 15.2. Jede Änderung des Grades der Arbeitsunfähigkeit während einer Krankheit oder infolge eines Unfalls ist Sanitas unverzüglich mitzuteilen.
Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist die versicherte Person verpflichtet, alle 4 Wochen eine Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit ist Sanitas unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 15.3. Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen der Medizinalpersonen Folge zu leisten.
- 15.4. Bleibt die versicherte Person im angestammten Beruf voraussichtlich dauernd oder teilweise arbeitsunfähig, ist sie verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Sanitas fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Ziffer 16 aufmerksam.
- 15.5. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei der Durchführung dieser Versicherung mitzuwirken. Insbesondere muss sie Sanitas sämtliche Angaben machen, die sie zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie der Leistungshöhe benötigt.
- 15.6. Die versicherte Person hat sich regelmässig in ärztliche Behandlung oder Kontrolle zu begeben. Zusätzlich ist sie verpflichtet, sich auf Kosten von Sanitas den von dieser als nötig erachteten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Sanitas ist berechtigt, die versicherte Person zusätzlich von einem durch sie beauftragten Arzt untersuchen zu lassen sowie die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen durch Krankheitsbesuche zu kontrollieren.
- 15.7. Bleibt die versicherte Person einer durch Sanitas angeordneten medizinischen Untersuchung unentschuldig fern, behält sich Sanitas das Recht vor, das Honorar für die nicht eingehaltene Konsultation der versicherten Person in Rechnung zu stellen.
- 15.8. Die versicherte Person ist verpflichtet, die sie behandelnden Ärzte gegenüber Sanitas von der Schweigepflicht zu entbinden. Sanitas behandelt alle medizinischen Angaben vertraulich.
- 15.9. Sanitas macht die Leistung davon abhängig, dass der Fall den übrigen betroffenen Versicherungen gemeldet wird. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen,

wenn die versicherte Person der Aufforderung der Anmeldung nicht Folge leistet. Der Anspruch lebt nach erfolgter Anmeldung wieder auf. Die Dauer des Unterbruchs wird auf die gesamte Leistungsdauer angerechnet. Hingegen verliert die versicherte Person ihren Leistungsanspruch, wenn sie auf den Anspruch, den sie gegenüber diesen Versicherungen geltend machen kann, verzichtet oder diesen zurückzieht.

15.10. Lohnersatzleistungen für versicherte Personen, welche der Quellensteuer unterliegen, werden dem Versicherungsnehmer ungekürzt überwiesen. Er hat in diesem Fall den nach massgeblichen Steuergesetzen vorgesehenen Steuerabzug an der Quelle vorzunehmen und allen dem Schuldner der steuerbaren Leistung von Gesetzes wegen obliegenden Pflichten nachzukommen, namentlich rechtzeitig mit den zuständigen Steuerbehörden abzurechnen. Der Versicherungsnehmer haftet für sämtliche Schäden, die Sanitas aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtung erwachsen sollten, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer. Ist die versicherte Person Empfänger der Lohnersatzleistungen, obliegt Sanitas die Ablieferung der Quellensteuer.

16. Verletzung der Obliegenheiten

Die Versicherungsleistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) verletzt. Die Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Obliegenheiten oder Pflichten den Umständen nach als entschuldbar anzusehen ist.

17. Leistungsbeginn

Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.

18. Wartefrist

Die vereinbarte Wartefrist ist in der Police aufgeführt, wird pro Schadenfall berechnet und an die Bezugsdauer angerechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.

19. Leistungsdauer

19.1. Sanitas leistet das Taggeld pro Schadenfall während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, abzüglich der vereinbarten Wartefrist. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage. Die Tage der deckungsfreien Zeit infolge Zahlungsverzugs zählen vollumfänglich zur Leistungsdauer.

19.2. Medizinisch mit früheren Krankheiten oder Unfällen zusammenhängende Krankheiten und Unfälle gelten als Rückfall. Bei einem Rückfall innerhalb von 180 Tagen entfällt die bereits bestandene Wartefrist und bereits erbrachte Leistungen werden zur Berechnung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Folgen eines Unfalls gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Schadenfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall während mindestens 180 Tagen wegen dieser Krankheit oder der Folgen dieses Unfalls nicht arbeitsunfähig war.

19.3. Für versicherte Personen mit befristetem Arbeitsverhältnis werden die Taggelder maximal für die Dauer des zeitlich begrenzten Arbeitsverhältnisses gewährt.

19.4. Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer für einen Schadenfall ist die versicherte Person für diesen Schadenfall ausgesteuert. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bleibt versichert.

19.5. Die versicherte Person kann die Erschöpfung der Leistungsdauer nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf Leistungen verzichtet.

19.6. Nach Erreichen des AHV-Pensionsalters besteht ein Leistungsanspruch noch während maximal 180 Tagen, längstens aber bis zum vollendeten 70. Altersjahr. Besteht im Zeitpunkt des Erreichens des AHV-Pensionsalters eine Arbeitsunfähigkeit, erlischt der Leistungsanspruch, sofern nicht nachgewiesen werden kann, dass das Arbeitsverhältnis bei bestehender Arbeitsfähigkeit angedauert hätte.

20. Leistungsunterbruch

20.1. Erhält die versicherte Person vom Arbeitgeber unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber 210 Tage nach Ende des Lohnanspruchs. Während der vorgesehenen Dauer des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt oder verunfallt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, rechnet Sanitas die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur ursprünglich beabsichtigten Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit an die Wartefrist und die Leistungsdauer an.

20.2. Kommt es während des Taggeldbezugs zu einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (z.B. Gefängnis, Untersuchungshaft usw.), sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet. Die nicht entschädigten Tage werden an die Leistungsdauer angerechnet.

20.3. Begibt sich eine erkrankte versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne vorgängige Zustimmung von Sanitas ins Ausland, hat sie während der Zeit des Auslandsaufenthaltes keinen Anspruch auf Leistungen. Die im Ausland verbrachten Tage werden an die Leistungsdauer angerechnet.

21. Leistungsumfang

- 21.1. Im Fall der Schadenversicherung gilt als Grundlage für die Leistungserbringung der AHV-Lohn gemäss Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG). Der genaue Leistungsumfang ergibt sich aus der Police und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- 21.2. Im Fall der Summenversicherung gewährt Sanitas die versicherten Leistungen bei Eintritt eines entschädigungspflichtigen Leistungsfalls unabhängig vom Nachweis eines entsprechenden Lohnausfalls. Der Leistungsumfang ergibt sich aus der in der Police festgelegten Versicherungssumme und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
Der fest vereinbarte Jahreslohn sollte möglichst dem mutmasslichen AHV-Jahreslohn entsprechen. Sanitas kann die Lohnsumme überprüfen und künftig eine allfällige Anpassung der Police vornehmen.

22. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- 22.1. Bei Krankheiten, Unfällen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen erbracht
- bei kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, die Krankheit oder der Unfall ereigne sich innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten solcher Ereignisse in dem Land, in welchem sich die versicherte Person aufhält, und sie sei von deren Ausbruch überrascht worden;
 - bei Einwirkungen ionisierender Strahlen, ausgenommen Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung wegen einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalls;
 - während ausländischer Militärdienste;
 - bei Erdbeben;
 - bei Teilnahme an Raufereien oder Schlägereien, ausser als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung;
 - bei Folgen von Unruhen, Terrorakten und Verbrechen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, die versicherte Person beweise, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter oder an der Aufwiegelung aktiv beteiligt war;
 - bei kosmetischen oder medizinisch nicht indizierten Behandlungen und Operationen und deren Folgen;
 - bei Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonderen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten wären.
- 22.2. Ist die Krankheit nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt Sanitas nur einen entsprechenden Teil der Leistung.
- 22.3. Sanitas verzichtet auf das ihr zustehende Recht, Versicherungsleistungen bei Grobfahrlässigkeit zu kürzen, es sei denn, es handle sich um Leistungen, die auf Alkohol-,

Medikamenten- oder Drogenmissbrauch zurückzuführen sind.

23. Leistungen Dritter

- 23.1. Erhält die versicherte Person Leistungen aus einer schweizerischen Sozialversicherung, einer entsprechenden ausländischen Versicherung oder von einer anderen Privatversicherung, ergänzt Sanitas nach Ablauf der Wartefrist diese Leistungen bis zur Höhe des effektiven Erwerbsausfalls.
- 23.2. Die versicherte Person ist verpflichtet, Sanitas sämtliche in diesem Zusammenhang leistenden Sozial- und Privatversicherer sowie haftpflichtigen Dritten und deren Leistungen zu melden. Bei vorsätzlichem oder fahrlässigem Unterlassen kann Sanitas Leistungen verweigern.
- 23.3. Tage mit Teilleistungen infolge einer Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Erreichung der Wartefrist voll, für die Berechnung der Leistungsdauer dagegen nur anteilmässig.
- 23.4. Erbringt Sanitas Leistungen anstelle eines haftpflichtigen Dritten, hat ihr die versicherte Person ihre Ansprüche im Umfang ihrer Leistungen abzutreten.
- 23.5. Die vorstehenden Bestimmungen der Ziffer 23 gelten nicht, wenn die Taggeldberechnungen auf festen Lohnsummen gemäss Ziffer 21.2. basieren (Summenversicherung). Versicherte Personen, deren AHV-Lohnsumme auf ein Maximum beschränkt wurde, sind davon ausgenommen.
- 23.6. Sanitas kann die erbrachten Leistungen direkt beim leistungspflichtigen Dritten geltend machen oder bei der Invalidenversicherung (IV) mit der bevorstehenden Rentennachzahlung verrechnen.
- 23.7. Vom Versicherungsnehmer oder von versicherten Personen ohne Einwilligung von Sanitas mit leistungspflichtigen Dritten abgeschlossene Vereinbarungen, welche einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungsleistungen oder Schadenersatzansprüche beinhalten, lassen die Leistungspflicht von Sanitas erlöschen.

24. Mutterschaft

Die Leistungspflicht bei Krankheit und Unfall ruht während 8 Wochen nach der Geburt. Falls die Versicherte der Arbeit bis zur 16. Woche nach der Geburt auf eigenen Wunsch fernbleibt, gilt das Ruhen der Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt. Vorbehalten bleibt die Versicherungsdeckung des Geburtengeldes im Sinne von Ziffer 25.

25. Geburtengeld

- 25.1. Ist das Geburtengeld in Ergänzung zum Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei

Mutterschaft (EOG) mitversichert, geht die Leistung von Sanitas aus der Police hervor. Der Leistungsanspruch beginnt mit der Auszahlung der Mutterschaftsleistungen nach dem Erwerbsersatzgesetz. Ist die versicherte Person bei der Niederkunft weniger als 270 aufeinander folgende Tage versichert, bezahlt Sanitas keine Leistungen.

- 25.2. Die Leistungsdauer kann nicht unterbrochen werden und ein gleichzeitiger Anspruch auf Krankentaggeld ist ausgeschlossen. Im Übrigen gelten die Anspruchsvoraussetzungen gemäss EOG.

26. Berechnung des Taggeldes

- 26.1. Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des letzten vor Eintritt des Schadenfalls bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365. Ist für im Vertrag namentlich aufgeführte versicherte Personen ein fester Jahreslohn vereinbart, gilt als Tagesverdienst der 365. Teil dieses Lohnes (Summenversicherung).
- 26.2. Für versicherte Personen im Stunden- oder Tageslohn beträgt die Taggeldhöhe $\frac{1}{7}$ des durchschnittlichen Wochenlohnes. Als Wochenlohn gilt der in 1 Kalenderwoche erzielte Bruttolohn.
- 26.3. Übt die versicherte Person keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus oder unterliegt ihr Lohn starken Schwankungen, ist das nachgewiesene durchschnittliche Einkommen der letzten 12 Monate massgebend.

27. Versicherungsgewinn

Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst (Schadenversicherung).

28. Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung von Sanitas können Leistungen weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

Prämien

29. Grundlagen der Prämienberechnung

Soweit im Vertrag nicht anders vereinbart, ist für die Berechnung der Prämien der beitragspflichtige Lohn gemäss Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG) bis zu dem im Vertrag festgesetzten Höchstbetrag massgebend. Für nicht AHV-pflichtige versicherte Personen werden ebenfalls die AHV-Normen angewandt. Für die im Vertrag namentlich aufgeführten Personen gilt der fest vereinbarte Jahreslohn.

30. Prämienzahlung, Fälligkeit

- 30.1. Die Prämien sind Sanitas für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet.
- 30.2. Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 30.3. Während der Arbeitsunfähigkeit entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus dem Kollektivvertrag. Dies gilt jedoch nicht für Arbeitgeber, Selbständigerwerbende und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitende Familienmitglieder.

31. Prämienabrechnung

- 31.1. Auf Beginn des Versicherungsjahres wird eine vorläufige Prämie anhand der vertraglich vereinbarten provisorischen Jahreslohnsumme in Rechnung gestellt. Die definitive Prämie wird aufgrund der vom Versicherungsnehmer per Ende Versicherungsjahr oder nach der Auflösung des Vertrages zu liefernden Angaben berechnet. Hierfür erhält der Versicherungsnehmer von Sanitas ein Lohndeklarationsformular, welches er vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt innerhalb der gesetzten Frist zurückzusenden hat.
- 31.2. Sanitas oder von ihr beauftragte Dritte haben das Recht, Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen oder Kopien seiner AHV-Abrechnungen zu verlangen.
- 31.3. Die definitiv ermittelte Prämie gilt als künftige Vorausprämie.
- 31.4. Wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkommt, werden die Prämien durch Einschätzungen festgesetzt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die eingeschätzte Prämie innert 30 Tagen nach Eintreffen derselben mit den für die Korrektur benötigten Unterlagen zu beanstanden. Trifft die Beanstandung nicht vor Ablauf der Frist bei Sanitas ein, gilt die geschätzte Prämie als akzeptiert. Stellt sich später heraus, dass dadurch Prämien entgangen sind, kann Sanitas neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins einfordern.

32. Rückerstattung der Prämien

- 32.1. Wird der Vertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer aufgehoben, erstattet Sanitas die bezahlten Prämien, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsdauer fallen, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Raten nicht mehr ein. Vorbehalten bleiben die Sanitas entstandenen Verwaltungskosten.
- 32.2. Diese Regelung gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer im Schadenfall den Vertrag vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres kündigt.

33. Zahlungsverzug

- 33.1. Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 33.2. Für neue, während der Deckungsunterbrechung aufgetretene Schäden erbringt Sanitas keine Leistungen. Massgebend ist der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Arbeitsunfähigkeit. Die Deckung für bereits laufende Schadenfälle bleibt gewahrt.
- 33.3. Die Deckung lebt, 1 Tag nachdem sämtliche diesen Vertrag betreffenden ausstehenden Prämien samt Zinsen und Kosten vollständig bezahlt sind, wieder auf.
- 33.4. Sanitas ist berechtigt, bei Zahlungsverzug Mahnspesen, Inkassospesen, Betreibungskosten, Verzugszins ab Prämienfälligkeit sowie eine Umtriebsentschädigung in Rechnung zu stellen.
- 33.5. Fordert Sanitas die ausstehende Prämie samt Zinsen und Kosten nicht innert 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Ziffer 33.1. ein, gilt der Vertrag als erloschen.

34. Überschussbeteiligung

- 34.1. Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach 3 vollen Versicherungsjahren per 31. Dezember (Abrechnungsperiode jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember) einen vertraglich vereinbarten Anteil am Nettoüberschuss des Vertrages.
- 34.2. Der Nettoüberschuss ergibt sich aus der Summe der definitiven Prämien der Abrechnungsperiode abzüglich der in dieser Periode ausgerichteten Versicherungsleistungen und eines vertraglich festgelegten Anteils der Prämien für Rückstellungen, Reserven und Verwaltungskosten. Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.
- 34.3. Prämien und Leistungen eines allfällig abgeschlossenen Geburtengeldes gemäss Ziffer 25 werden in der Berechnung der Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt.
- 34.4. Werden nach erfolgter Abrechnung Krankheitsfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Sanitas kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.
- 34.5. Der Anspruch auf die Überschussbeteiligung entfällt, wenn der Vertrag vor Ablauf der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.
- 34.6. Die Abrechnung erfolgt frühestens 5 Monate nach Ende der Abrechnungsperiode.

35. Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht

- 35.1. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben gegenüber Sanitas kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 35.2. Vom Versicherungsnehmer oder von den versicherten Personen zu Unrecht bezogene Leistungen sind Sanitas zurückzuerstatten.

36. Prämienanpassung

- 36.1. Auf Ende eines Versicherungsjahres kann Sanitas die Prämiensätze aufgrund der veränderten Zusammensetzung des Versichertenbestandes (Alter und Geschlecht) sowie der Schadenerfahrung anpassen. Neben der individuellen Schadenerfahrung dieses Vertrages wird die Schadenerfahrung aller auf der Basis der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) abgeschlossenen Verträge (Versicherungsportfeuille) angemessen berücksichtigt. Die neue Prämie wird dem Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt gegeben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei Sanitas eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.
- 36.2. Für Arbeitgeber, Selbständigerwerbende und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind und wenn ausserdem keine Arbeitnehmenden versichert sind, können zudem die Prämienätze an den Tarif der entsprechenden Altersgruppe angepasst werden.

Schlussbestimmungen

37. Mitteilungen und Informationspflicht

- 37.1. An den Versicherungsnehmer
Alle Mitteilungen von Sanitas an den Versicherungsnehmer erfolgen an die letzte bekannte Adresse in der Schweiz.
- 37.2. An die Versicherten
Wenn in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nicht explizit anders erwähnt, erfolgen alle Mitteilungen an die versicherten Personen durch den Versicherungsnehmer. Dieser hat die Pflicht, alle versicherten Personen über die wesentlichen Vertragsinhalte zu informieren.
- 37.3. An Sanitas
Alle Mitteilungen an Sanitas müssen direkt an die in der Police erwähnte Adresse gerichtet werden, und zwar in Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Dokumenten in einer anderen Sprache ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- 37.4. Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomizil, seine Ansprechperson, die Art des Betriebes oder ändern die Eigentumsverhältnisse der Unternehmung, ist Sanitas davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

38. Gerichtsstand

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sanitas können vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten Person wahlweise am schweizerischen Wohnort, am schweizerischen Arbeitsort des Anspruchsberechtigten oder am Hauptsitz der Sanitas Privatversicherungen AG erhoben werden.

