

Krankentaggeld- versicherung (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2025



Inhaltsverzeichnis

1.	Versicherungsgrundlagen	4
1.1	Zweck	4
1.2	Versicherungsträgerin	4
1.3	Vertragsgrundlagen	4
1.4	Versicherungspolice	4
1.5	Versicherungsvertragsgesetz	5
<hr/>		
2.	Versicherter Personenkreis	5
2.1	Versicherungsnehmer	5
2.2	Versicherte Personen	5
<hr/>		
3.	Örtliche Geltung	6
3.1	Allgemeines	6
3.2	Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer	6
3.3	Auslandsaufenthalt bei Erkrankung	6
<hr/>		
4.	Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages	7
4.1	Vertragsbeginn	7
4.2	Vertragsdauer	7
4.3	Vertragsbeendigung	7
<hr/>		
5.	Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	8
5.1	Beginn des Versicherungsschutzes	8
5.2	Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes	9
5.3	Übertritt in die Einzelversicherung	10
<hr/>		
6.	Versicherungsumfang	12
6.1	Grundsatz	12
6.2	Versicherter Verdienst	12
6.3	Maximaldeckung	13
<hr/>		
7.	Versicherungsumfang	13
7.1	Leistungsvoraussetzungen	13
7.2	Leistungsumfang	14

Inhaltsverzeichnis

7.3	Leistungsbeginn	17
7.4	Leistungsdauer	17
7.5	Leistungsbeschränkungen	20
<hr/>		
8.	Mitwirkungspflichten bei Krankheit	21
8.1	Pflichten im Schadenfall	21
8.2	Schadenminderung	22
8.3	Auskunftspflicht	23
8.4	Verletzung der Mitwirkungspflichten	23
8.5	Quellensteuer	24
<hr/>		
9.	Prämien und Zahlungen	24
9.1	Massgebliche Lohnsumme	24
9.2	Prämienzahlung	24
9.3	Prämienbefreiung im Schadenfall	26
9.4	Prämienanpassung	26
9.5	Überschussbeteiligung	26
9.6	Leistungsausrichtung	27
9.7	Minimalprämie	28
<hr/>		
10.	Leistungscoordination	28
10.1	Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung	28
10.2	Vorleistungen und Regress	30
<hr/>		
11.	Datenschutz	30
11.1	Grundsatz	30
11.2	Bearbeitungszweck	30
11.3	Datenweitergabe an Dritte	30
11.4	Aufbewahrung der Daten	31
11.5	Auskunftsrecht	31
11.6	Widerruf der Einwilligung	31
<hr/>		
12.	Mitteilungen	31
<hr/>		
13.	Gerichtsstand	32

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Zweck

Die grape Krankentaggeldversicherung (VVG) dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entstanden ist.

Die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt (Geburtengeld) in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung und Vaterschaft (Vaterschaftsgeld) in Ergänzung zur Vaterschaftsentschädigung kann mit eingeschlossen werden.

Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.2 Versicherungsträgerin

Versicherungsträgerin ist das in der Versicherungspolice aufgeführte Unternehmen. grape insurance AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Versicherungsträgerin vorzunehmen.

1.3 Vertragsgrundlagen

Als Grundlagen des Vertrages gelten

- der Versicherungsantrag,
- die Versicherungspolice,
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB),
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

1.4 Versicherungspolice

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen festgehalten. Besondere Bedingungen oder Vereinbarungen, die von den AVB abweichen oder diese ergänzen, sind ebenfalls in der Versicherungspolice vermerkt.

1.5 **Versicherungsvertragsgesetz**

Soweit im Versicherungsvertrag sowie in den AVB keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des VVG.

2. Versicherter Personenkreis

2.1 **Versicherungsnehmer**

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

2.2 **Versicherte Personen**

2.2.1 **Arbeitnehmer**

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

- a) zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis besteht,
- b) sie der AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären oder bei Eintritt ins AHV-Alter weiterhin im versicherten Betrieb beschäftigt werden und
- c) sie das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben, vorbehaltlich Art. 2.2.2. lit. c).

Dazu zählen:

- Aushilfen, wenn ihr Aushilfevertrag auf drei Monate oder weniger befristet ist, vorbehaltlich Art. 7.4.11. Abs. 3 lit. f)
- Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) unterstehen,
- Heimarbeitnehmer im Sinne von Art. 351 OR.

Personen mit Grenzgängerbewilligung (G) sind den in der Schweiz wohnhaften Personen gleichgestellt.

2.2.2 Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind

- a) das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal,
- b) Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind,
- c) Personen, die bei Eintritt in das Unternehmen das ordentliche AHV-Rentenalter erreicht haben.

3. Örtliche Geltung

3.1 Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit mit nachfolgend aufgeführten Ausnahmen.

3.2 Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer

Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmer gilt die Versicherung vom Zeitpunkt der Entsendung an 24 Monate, sofern für diese Personen gleichzeitig eine UVG-Deckung besteht. Auf Gesuch hin kann die Versicherungsdeckung verlängert werden.

3.3 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

Begibt sich eine erkrankte versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes bis zur Rückkehr in die Schweiz kein Anspruch auf Leistungen. Dasselbe gilt für Personen mit Wohnsitz im Ausland, die ihren bisherigen Wohnort verlassen. Allfällige Ausnahmen können vom Versicherer geprüft werden, sofern die versicherte Person ihren Antrag mindestens 4 Wochen vor der Abreise mit einer ärztlichen Bestätigung einreicht.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, zusätzlich eine Empfehlung des beratenden Arztes einzuholen.

4. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

4.1 Vertragsbeginn

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

4.2 Vertragsdauer

4.2.1 Im Allgemeinen

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr.

4.2.2 Vertragsverlängerung

Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

4.3 Vertragsbeendigung

4.3.1 Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich. Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie schriftlich und termingerecht, d. h. spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist eintritt. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein neues Versicherungsangebot mit neuer Laufzeit unterbreiten.

4.3.2 Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

- a) wenn der Versicherungsnehmer seine Geschäftstätigkeit aufgibt,
- b) wenn der Geschäftssitz ins Ausland verlegt wird.

4.3.3 Auflösung durch den Versicherer

Der Versicherer ist an den Versicherungsvertrag nicht gebunden und kann ihn auflösen

- a) bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug,
- b) wenn der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrstatsache, die erkannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder
- c) wenn der Versicherungsnehmer im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden.

4.3.4 Kündigungsverzicht im Schadenfall

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, im Schadenfall den Versicherungsvertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn.

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

5.2 Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes

5.2.1 Ende des Versicherungsschutzes

Für den Versicherten endet der Versicherungsschutz

- a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- b) mit dem Zeitpunkt der Pensionierung, inkl. vorzeitiger Pensionierung,
- c) bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- d) mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs gemäss der vereinbarten Leistungsdauer in der Versicherungspolice, ohne Verwertung einer Resterwerbsfähigkeit,
- e) mit dem Tod der versicherten Person,
- f) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages,
- g) während des Ruhens der Leistungspflicht infolge eines Zahlungsverzuges vonseiten des Versicherungsnehmers.

5.2.2 Ruhen der Leistungspflicht bei einem Arbeitsunterbruch

Bei einem freiwilligen Arbeitsunterbruch (z.B. unbezahlter Urlaub) ohne Lohnanspruch bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Während dieser Zeit ruht jedoch die Leistungspflicht, und es ist keine Prämie geschuldet. Dies ist nicht der Fall bei unfreiwilligen Arbeitsunterbrüchen, insbesondere bei Krankheit, Mutterschaft, Vaterschaft, Dienstleistungen in der Schweizer Armee oder Zivilschutz.

Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt die Versicherung bis zu 180 Tagen bestehen, solange das Arbeitsverhältnis weiter besteht.

Wenn nicht anders vereinbart, beginnt die Leistung frühestens am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit während des unbezahlten Urlaubs werden an die Wartefrist und Leistungsdauer angerechnet. Es gelten die Mitwirkungspflichten im Schadenfall gemäss diesen AVB. Diese Regelung gilt sinngemäss auch bei Arbeitsunterbrüchen infolge eines Straf- oder Massnahmenvollzugs.

5.3 Übertritt in die Einzelversicherung

5.3.1 Übertrittsrecht

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

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

Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen seit der Mitteilung des Arbeitgebers über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen. Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem Versichertenkreise der Kollektivversicherung, nach dem Ende des Leistungsbezuges bzw. nach dem Ende des Versicherungsvertrages.

Gültig sind die im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung, einschliesslich Bestimmungen über das maximal versicherte Taggeld. Die Bestimmungen zur Nachleistung bleiben vorbehalten.

5.3.2 Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den ausscheidenden Versicherten über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung rechtzeitig, spätestens jedoch am letzten Arbeitstag, schriftlich zu informieren.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Informationspflicht nicht nach, ist er zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

5.3.3 Umfang der Weiterversicherung

Die Weiterversicherung erfolgt grundsätzlich im Umfang der bisherigen Versicherungsdeckung. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich auf den nach dem Übertritt erzielten Lohn, im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen.

Es wird ein Einkommen von maximal CHF 300'000 pro Jahr versichert. Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

Arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln.

Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

5.3.4 Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen

- aus dieser Kollektivversicherung
- bei früheren Versicherern

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

5.3.5 Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Krankentaggeldversicherung,
- b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Versicherungsvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
- c) solange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV Alters,
- e) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat,
- f) während der Dauer einer provisorischen Deckungszusage,
- g) wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind und keine Resterwerbsfähigkeit mehr besteht,
- h) für Personen mit einem befristeten Anstellungsverhältnis von drei Monaten oder weniger, ausser sie gelten unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG,

- i) im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs oder einer Anzeigepflichtverletzung durch die versicherte Person.

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

6. Versicherungsumfang

6.1 Grundsatz

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Verdienstausfalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung.

6.2 Versicherter Verdienst

6.2.1 AHV-Lohnsumme

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

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

6.2.2 Unregelmässiges Einkommen

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

6.3 Maximaldeckung

Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist auf CHF 300'000 begrenzt.

7. Versicherungsumfang

7.1 Leistungsvoraussetzungen

7.1.1 Grundsatz

Leistungsvoraussetzung ist eine medizinisch begründete objektivierbare Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Leistungsanspruch abzulehnen, sofern die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit überwiegend auf nicht medizinische Faktoren zurückzuführen ist oder die genannte Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit begründet.

7.1.2 Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

7.1.3 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Den Unfällen gleichgestellt sind die unfallähnlichen Körperschädigungen und Berufskrankheiten, die gemäss UVG als solche anerkannt sind.

7.1.4 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 90 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

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

7.1.5 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

7.1.6 Ärztliches Zeugnis

Die Arbeitsunfähigkeit muss durch eine ärztliche Bescheinigung belegt werden. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer zugelassenen Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt sein. Eine ärztliche Bescheinigung ist mindestens alle 4 Wochen einzureichen.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheitsmeldungen sind maximal bis zu drei Tage möglich.

7.2 Leistungsumfang

7.2.1 Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

7.2.2 Taggeld

Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet.

Die gesamten Taggeldleistungen dürfen den durch den Versicherungsfall verursachten Verdienstausschlag des Versicherten nicht übersteigen.

7.2.3 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartezeit und der Leistungsdauer als ganze Tage.

7.2.4 Familienzulagen

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

Der Anspruch muss vom Versicherungsnehmer bzw. Versicherten unter Nachweis, dass die gesetzlichen Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskasse wegfallen, beim Versicherer schriftlich beantragt werden.

7.2.5 Ruhen der Leistungspflicht bei Mutterschaft

Während des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung bzw. Vaterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) oder auf Geburtengeld bzw. Vaterschaftsgeld aus dieser Versicherung ruht die Leistungspflicht infolge Krankheit.

7.2.6 Geburtengeld

Das Geburtengeld muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch versichert.

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbssersatzordnung (EOG) und ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach EOG.

Während des Bezugs der Mutterschaftsentschädigung, längstens für 98 Tage, wird die Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld geleistet. Für 14 zusätzliche Tage wird Geburtengeld in Höhe des versicherten Taggeldes ausgerichtet.

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

Der Anspruch auf Geburtengeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Geburtengeld wird nicht ausgerichtet, wenn das Arbeitsverhältnis beim Versicherungsnehmer vor der Niederkunft endet.

Für Schwangerschaften, welche zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns bereits eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf das ergänzende Geburtengeld zur Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (EOG), ausser im Rahmen einer Freizügigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

Ein erweiterter Leistungsumfang kann vom Versicherungsnehmer Prüfung beantragt werden. Voraussetzung dafür ist eine Regelung für den Mutterschaftsurlaub im Personalreglement des Versicherungsnehmers.

7.2.7 Vaterschaftsgeld

Das Vaterschaftsgeld muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch versichert.

Der Anspruch auf Vaterschaftsgeld entsteht mit dem Anspruch auf Vaterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung (EOG) und ergänzt die Vaterschaftsentschädigung nach EOG.

Während des Bezugs der Vaterschaftsentschädigung, längstens für 14 Tage wird die Differenz zwischen der Vaterschaftsentschädigung und dem versicherten Vaterschaftsgeld geleistet.

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

Der Anspruch auf Vaterschaftsgeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Vaterschaftsgeld wird nicht ausgerichtet, wenn das Beschäftigungsverhältnis des Versicherten beim Versicherungsnehmer vor dem Vaterschaftsurlaub endet.

Für Vaterschaftsurlaube, welche bereits zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf ergänzendes Vaterschaftsgeld zur Vaterschaftsentschädigung nach EOG, ausser im Rahmen einer Freizügigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

Ein erweiterter Leistungsumfang kann vom Versicherungsnehmer Prüfung beantragt werden. Voraussetzung dafür ist eine Regelung für den Vaterschaftsurlaub im Personalreglement des Versicherungsnehmers.

7.2.8 Lohnnachgenuss

Stirbt eine versicherte Person infolge einer versicherten Krankheit, so übernimmt der Versicherer die vom Versicherungsnehmer geschuldete gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR, sofern mitversichert.

Die Versicherungsleistung wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet.

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

7.3 Leistungsbeginn

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt an dem Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro versichertem Ereignis berechnet.

7.4 Leistungsdauer

7.4.1 Grundsatz

Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

Der Versicherte kann die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er auf Taggelder verzichtet.

Tritt nach Erschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer ein neuer Versicherungsfall ein, besteht für diesen Fall Versicherungsschutz, wenn der Versicherte seine Resterwerbsfähigkeit ganz oder teilweise verwertet hat. Der Versicherungsschutz besteht maximal auf die Restarbeitsfähigkeit.

7.4.2 Anrechnung der Wartefrist

Die vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Als Wartezeit gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

7.4.3 Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn der Versicherte seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit während 365 Tagen ununterbrochen arbeitsfähig war.

Bei einem Rückfall innerhalb von 365 Tagen werden die absolvierte Wartefrist und erbrachte Leistungen angerechnet.

7.4.4 Zusätzlicher Versicherungsfall

Tritt während eines laufenden Versicherungsfalls ein zusätzlicher Versicherungsfall ein, werden die bereits bezogenen Taggelder des ersten Falls an die Leistungsdauer des zweiten Falls angerechnet.

7.4.5 Leistungsdauer bei Geburt

Die Leistungsdauer bei Geburt beträgt maximal 112 Tage.

Das Geburtengeld in Höhe der Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld endet, wenn die Beschäftigung wieder aufgenommen wird.

Das Geburtengeld wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

7.4.6 Leistungsdauer bei Vaterschaft

Die Leistungsdauer bei Vaterschaft beträgt 14 Tage.

Das Vaterschaftsgeld in Höhe der Differenz der Vaterschaftsentschädigung und dem versicherten Vaterschaftsgeld endet, wenn die Beschäftigung wie-

der aufgenommen wird. Das Vaterschaftsgeld wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet.

Das Vaterschaftsgeld wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

7.4.7 Leistungsdauer im AHV-Alter

Für versicherte Personen, die bei Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters oder nach einer vorzeitigen Pensionierung weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld, bis die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abgegolten ist, maximal jedoch noch insgesamt für 180 Tage ab ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung und längstens bis zum vollendeten 70. Lebensjahr. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet.

Bei einem laufenden Leistungsfall wird das Taggeld ab der Pensionierung noch für maximal 180 Tage erbracht, höchstens jedoch bis zur vereinbarten Leistungsdauer.

7.4.8 Anrechnung bei Vertragsübernahme

Bereits bezogene Leistungen bei früheren Versicherern werden im Fall einer Vertragsübernahme bzw. bei einer Vertragserneuerung an die Leistungsdauer angerechnet.

7.4.9 Nachleistung

Für Versicherte, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder im Zeitpunkt der Auflösung des Versicherungsvertrags voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, besteht der Leistungsanspruch bis zum Ende des die Nachleistung begründenden Krankheitsfalles, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Rückfälle begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Diese Nachleistung entfällt:

- a) bei Anspruch auf Freizügigkeit eines anderen Versicherers im Falle einer Vertragsübernahme,
- b) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Krankentaggeld- oder Erwerbsausfallversicherung des neuen Arbeitgebers,

- c) wenn der Versicherte pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Alters,
- d) wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Für Grenzgänger ist das Wohnsitzland der Schweiz gleichgestellt,
- e) wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist,
- f) wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis von drei Monaten oder weniger gehandelt hat. Bei einem befristeten Arbeitsverhältnis von mehr als drei Monaten dauert der Leistungsanspruch nur so lange, wie das Arbeitsverhältnis angedauert hätte.

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

7.5 Leistungsbeschränkungen

7.5.1 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Leistungen besteht

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- c) bei Krankheiten als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- d) wenn die Gesundheitsschädigung infolge Einwirkung nicht ärztlich verordneter ionisierender Strahlen eintritt,
- e) wenn der Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz oder sein Wohnsitzland vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in sein Wohnsitzland,
- f) wenn der Versicherte während eines Auslandsaufenthalts erkrankt, bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in ihr Wohnsitzland. Diese Einschränkung gilt nicht für die Dauer eines unvermeidbaren Spitalaufenthalts oder für die Dauer der ärztlich attestierten Reiseunfähigkeit,
- g) wenn es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug kommt,

- h) bei Arbeitsunfähigkeiten infolge Operationen, welche nicht medizinisch indiziert sind (z. B. Schönheitsoperationen),
- i) wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen nicht zugelassenen Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde.

7.5.2 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- a) wenn sich der Versicherte Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- b) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen eingereicht werden, wobei die Wartefrist dadurch nicht unterbrochen wird,
- c) bei Krankheiten als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt.

7.5.3 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das Recht, die Versicherungsleistungen nach VVG zu kürzen, wenn der Versicherte die Krankheit grobfahrlässig herbeigeführt hat.

7.5.4 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer zurückzuerstatten.

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit

8.1 Pflichten im Schadenfall

Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens fünf Tage nach Ablauf der Wartefrist schriftlich mittels Krankheitsanzeige zu melden.

Bei vereinbarten Wartefristen von mehr als 29 Tagen ist die Arbeitsunfähigkeit spätestens 30 Tage ab Beginn schriftlich mittels Krankheitsanzeige zu melden. Das ärztliche Zeugnis ist zusammen mit der Krankheitsanzeige zuzustellen.

Tritt die Krankheitsanzeige später ein, so beginnt die Wartefrist erst ab Eingang der Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Die Leistungsdauer beginnt jedoch mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu laufen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies dem Versicherer unverzüglich zu melden. Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, haben der Versicherte und der Versicherungsnehmer dem Versicherer sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen.

8.2 Schadenminderung

Der Versicherte hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert. Er hat alles zu unterlassen, was diese verzögert. Insbesondere hat er den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen zu überprüfen und geeignete Kontrollmassnahmen zu ergreifen.

Der Versicherte hat den Nachweis des Erwerbsausfalls zu erbringen. Kann er den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Der Versicherte, der in seinem angestammten Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, seine allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten. Der Versicherer fordert den Versicherten unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- bzw. Berufswechsel vorzunehmen.

Auf Verlangen des Versicherers oder des Versicherungsnehmers hat der Versicherte:

- a) sich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen IV-Stelle anzumelden. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen, wenn der Versicherte 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,
- b) bereits am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit einen Arzt zu konsultieren,

c) sich durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten dafür trägt der Versicherer. Die Anordnung zur Untersuchung beim Vertrauensarzt gilt am siebten Tag nach der Nichtabholung bei der Post als zugestellt. Sofern sich die versicherte Person im Ausland aufhält oder dort ihren Wohnsitz hat, kann der Versicherer verlangen, dass die Untersuchung in der Schweiz stattfindet. Die dabei anfallenden Reisekosten gehen zu Lasten der versicherten Person.

8.3 Auskunftsspflicht

Der Versicherte bzw. der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch beim Versicherer geltend gemacht wird, dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht, Leistungshöhe oder Leistungsdauer erforderlich sind, zur Verfügung.

Der Versicherte entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls bei anderen Versicherern Auskünfte einholen.

Der Versicherte und der Versicherungsnehmer erteilen dem Versicherer unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind dem Versicherer Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte, die nicht auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch verfasst sind und denen keine beglaubigte Übersetzung in eine dieser Sprachen beiliegt, werden auf Kosten des Versicherten übersetzt, sofern der Versicherer dies verlangt.

8.4 Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen können gekürzt oder verweigert werden, wenn der Versicherte oder der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB verletzt.

Bleibt der Versicherte einer durch den Versicherer angeordneten medizinischen Untersuchung unentschuldigt fern, behält sich der Versicherer das Recht vor, das Honorar für die nicht eingehaltene Konsultation dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

8.5 Quellensteuer

Werden Taggeldleistungen an den Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an den Versicherten ausgerichtet, haftet der Versicherungsnehmer für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer.

9. Prämien und Zahlungen

9.1 Massgebliche Lohnsumme

Für die Prämienberechnung massgebend ist die im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme der Versicherten, jedoch höchstens der in der Police vereinbarte maximal versicherbare Verdienst pro Person und Jahr.

Bruttolöhne nicht AHV-pflichtiger Personen sind ebenfalls für die Prämienberechnung massgebend, sofern diese dem versicherten Personenkreis angehören.

9.2 Prämienzahlung

9.2.1 Rechnungsstellung und Fälligkeit

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und bis zum Zeitpunkt der in der Versicherungspolice festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen.

Die Höhe des Akonto-Rechnungsbetrages bemisst sich nach der definitiven Lohnsumme des letzten abgeschlossenen Kalenderjahres.

9.2.2 Schlussabrechnung

Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer nach Ablauf des Kalenderjahres ein Deklarationsformular zu. Der Versicherungsnehmer hat die Lohnsummendeklaration mit den notwendigen Unterlagen (AHV-Deklaration, Versichertenlisten, Lohnabrechnungen etc.) innert Monatsfrist dem Versicherer zu retournieren. Gestützt auf diese Angaben berechnet der Versicherer die endgültigen Prämienbeträge und erstellt eine entsprechende Schlussabrechnung. Bei einem Saldo unter CHF 20 wird auf eine Nachzahlung oder Rückerstattung verzichtet. Der Betrag wird auf die nächste Abrechnung vorgetragen.

Kommt der Versicherungsnehmer der Meldepflicht über die Lohnsummen-deklaration nicht nach, oder liegen keine Zahlen zum Vorjahr vor, kann der Versicherer die Prämienbeiträge durch Einschätzung festlegen.

9.2.3 Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

Der Versicherer hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

9.2.4 Prämienrückerstattung

Ist die Prämie für eine bestimmte Vertragsdauer vorausbezahlt worden und erlischt der Versicherungsvertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, erstattet der Versicherer die Prämie, die auf die nicht abgelaufene Vertragsdauer fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein.

Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag im Schadenfall kündigt und der Vertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

9.2.5 Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innerhalb einer Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, erfolgt durch den Versicherer eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innerhalb einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers. Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten.

Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch.

Für bereits eingetretene Leistungsfälle (inkl. Nachleistungen) bleibt der Anspruch auf die versicherten Leistungen bis zur ursprünglich vereinbarten Dauer gewahrt.

Wird die ausstehende Prämie oder Schlussabrechnung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

9.3 Prämienbefreiung im Schadenfall

Der Lohn eines Taggeldbezügers ist nicht prämienpflichtig. Solange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht bzw. Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden, entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag. Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlichen Minimalprämie nach Art. 9.7.

Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlichen Minimalprämie von CHF 1'200.00.

9.4 Prämienanpassung

Der Versicherer hat das Recht, die Prämie infolge der Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft und infolge der individuellen Schadenerfahrung des Einzelvertrages auf das folgende Kalenderjahr anzupassen.

Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen seit der Mitteilung auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung. Im Übrigen bleibt der Versicherungsvertrag sowie seine Laufzeit unverändert.

9.5 Überschussbeteiligung

Es kann eine Überschussbeteiligung vereinbart werden.

Ist eine Überschussbeteiligung vereinbart, wird der Versicherungsnehmer jeweils nach mindestens drei vollen Versicherungsjahren bzw. gemäss der in dem Versicherungsvertrag festgelegten Abrechnungsperiode an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt. Stillschweigende Vertragsverlängerungen bilden gleichermassen Bestandteil einer Vertragsperiode.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode

entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie sowie der Überschussanteil sind in der Versicherungspolice erwähnt.

Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.

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

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

9.6 Leistungsausrichtung

9.6.1 Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld monatlich nachschüssig bezahlt.

Die Taggeldleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Versicherten ausgerichtet, solange diese beim Versicherungsnehmer angestellt sind.

9.6.2 Auszahlung des Geburtengeldes

Das Geburtengeld wird dem Versicherungsnehmer nach der Niederkunft aufgrund des Nachweises über die Leistungen nach EOG zur Weiterleitung an die Versicherte ausbezahlt.

9.6.3 Auszahlung Vaterschaftsentschädigung

Die Vaterschaftsentschädigung wird dem Versicherungsnehmer aufgrund des Nachweises über den absolvierten Vaterschaftsurlaub ausbezahlt.

9.6.4 Auszahlung des Lohnnachgenusses

Der versicherte Lohnnachgenuss wird nach Eingang der amtlichen Bescheinigung dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Angehörigen der verstorbenen Person ausbezahlt.

9.6.5 Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen.

9.6.6 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

9.6.7 Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer verjährt zwei Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

9.7 Minimalprämie

Die jährliche Minimalprämie beträgt CHF 1'200.00.

10. Leistungskoordination

10.1 Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung

10.1.1 Grundsätze zur Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall ein Dritter, aus unerlaubter Handlung, aus Vertrag oder aus Gesetzesvorschrift, ergänzt der Versicherer im Nachgang die Leistungen bis zur Höhe des versicherten Taggeldes.

Tage mit gekürzten Leistungen zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist als ganze Tage. Dies gilt auch, wenn die Kürzung dazu führt, dass der Versicherer keine Leistungen erbringt.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht.

10.1.2 Kürzungen im Bereich Sozialversicherungen

Sind Sozialversicherer leistungspflichtig, werden die versicherten Taggeldleistungen um den Betrag der Leistungen aus Sozialversicherungen (Taggelder, Renten etc.) gekürzt.

Der Versicherte tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FamZG, FLG etc.) an den Versicherer ab.

10.1.3 Kürzungen im Bereich Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, haftet der Versicherer für den Schaden im Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbeitrag der Versicherungssummen steht.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bestehende oder neu abgeschlossene Taggeldversicherungen bei anderen unverzüglich mitzuteilen.

10.1.4 Auflösung bei Mehrfachversicherung

Hat der Versicherungsnehmer nicht gewusst, dass eine Mehrfachversicherung entsteht, als er den späteren Vertrag abgeschlossen hat, so kann er diesen Vertrag schriftlich kündigen. Dies muss innert vier Wochen, nachdem er die Mehrfachversicherung entdeckt hat, geschehen.

Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht an den Vertrag gebunden.

10.1.5 Überentschädigung

Eine Überentschädigung liegt vor, wenn die Gesamtheit der Leistungen des Versicherers, von Dritten und Sozialversicherungen die Höhe des versicherten Taggeldes übersteigt. In einem solchen Fall werden die Leistungen entsprechend gekürzt, und zu viel erbrachte Beträge können zurückgefordert oder mit Leistungen von Sozialversicherern direkt verrechnet werden, insbesondere mit der Eidgenössischen Invalidenversicherung.

Tage mit gekürzten Taggeldleistungen werden bei der Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist als volle Tage angerechnet.

10.1.6 Leistungsverzicht

Verzichtet ein Versicherter ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht. Als Verzicht gelten auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches und

die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich der Versicherte trotz Aufforderung vom Versicherer nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

10.2 Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu Dritten kann der Versicherer Vorleistungen erbringen.

Voraussetzung ist, dass der Versicherte sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung seiner Ansprüche bemüht hat und seine Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

11. Datenschutz

11.1 Grundsatz

Die Bearbeitung der Daten von Versicherten richtet sich nach den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

11.2 Bearbeitungszweck

Der Versicherer bearbeitet nur Daten (z.B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Leistungsabwicklung), die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach VVG erforderlich sind, zu bearbeiten. Bei Vorliegen einer Einwilligung können bei Dritten (Versicherern, Ärzten, Spitalern etc.) Auskünfte eingeholt werden.

11.3 Datenweitergabe an Dritte

Den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird bei der Bearbeitung Rechnung getragen. Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsträger oder durch Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung dazu berechtigt sind. Personendaten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ausgenommen sind Fälle, wo eine Datenweitergabe gesetzlich zulässig ist oder wenn die versicherte Person eingewilligt hat.

11.4 Aufbewahrung der Daten

Die Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht physisch und/oder elektronisch aufbewahrt und durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor unbefugten Zugriffen geschützt. Über die gesetzliche Aufbewahrungspflicht hinaus werden Personendaten aufbewahrt, wenn diese zur Durchsetzung und Verteidigung rechtlicher Ansprüche erforderlich sind.

Die Aufbewahrungsdauer richtet sich dabei u.a. nach den gesetzlichen Verjährungsfristen oder nach der Dauer, in welcher Ansprüche gegenüber den Versicherern geltend gemacht werden können. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht oder der ausserordentlichen Aufbewahrung werden die Personendaten vernichtet/gelöscht.

11.5 Auskunftsrecht

Die versicherte Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

11.6 Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

12. Mitteilungen

Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich an den Versicherten oder an den Versicherungsnehmer.

Änderungen, die für die Versicherung wesentlich sind, insbesondere Änderungen in Bezug auf die Zusammensetzung des versicherten Personenkreises oder der Bestimmungen der Beruflichen Vorsorge (BVG), sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Wird in diesen AVB Schriftlichkeit verlangt, so genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht.

13. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag steht der klagenden Partei wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort oder am schweizerischen Arbeitsort des Versicherten sowie am Geschäftssitz des Versicherers offen.

Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie Fragen zu Ihren aktuellen Versicherungsbedingungen haben oder besuchen Sie www.grapehealth.ch.