

Kundeninformation gemäss Art. 3 VVG



Diese Information gibt Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Versicherungen betreffend Erwerbsausfall gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich insbesondere aus dem Antrag/der Offerte, der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dem Gesetz (VVG).

1. Wer ist der Versicherer und welche Risiken sind versichert?

Versicherungsträgerinnen sind die Quantum Leben AG (nachfolgend «Quantum Leben»), Städtle 18, 9490 Vaduz (Liechtenstein), und die Squarelife Insurance AG (nachfolgend «Squarelife»), Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein. In Ihrem Versicherungsantrag und Ihrer Versicherungspolice werden diese entsprechend aufgeführt.

Die Leistungen umfassen, falls im Vertrag nicht anders definiert:

- Taggelder für Krankheit bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % für maximal 730 Tage (im AHV-Alter begrenzt auf 180 Tage).
- Geburtengeld in Ergänzung zum Bundesgesetz über den Erwerbsersatz (EOG).
- Vaterschaftsgeld in Ergänzung zum EOG.

Detaillierte Einblicke in die Solvabilität und Finanzlage des Versicherers finden Sie in den folgenden Berichten (SFCR): [Quantum Leben](#) bzw. [Squarelife](#).

Die grape insurance AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung des Versicherungsträgers vorzunehmen.

2. Welches sind die Vertragsgrundlagen?

Als Grundlagen des Versicherungsvertrages gelten:

- Der Versicherungsantrag, inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen.
- Die Versicherungspolice.
- Die in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB).
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

Besondere Bedingungen oder Vereinbarungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder den Zusatzbedingungen abweichen oder diese ergänzen, sind im Antrag oder in der Versicherungspolice vermerkt.

3. Wer ist versichert?

Die versicherten Personen und Personenkategorien sind im Antrag und in der Versicherungspolice aufgeführt.

4. Welches ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Erwerbsausfallversicherung ist eine individuelle Versicherungslösung und auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt. Die versicherten Risiken und die Leistungen, die vom Versicherungsträger erbracht werden, sowie der Umfang des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes ergeben sich aus Ihrem Antrag oder Ihrer Versicherungspolice sowie den entsprechenden Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen sowie den anwendbaren Gesetzen. Das Angebot umfasst, falls im Vertrag nicht anders definiert:

- Taggeld für Krankheit.
- Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % erbracht.

Der Anspruch entsteht nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist und unter der Bedingung, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch zum versicherten Personenkreis gehört:

- Geburtengeld in Ergänzung zu einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung gemäss EOG.
- Der Versicherungsträger bezahlt die vereinbarten Leistungen für jede Niederkunft, für die Leistungen aus einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung erbracht werden.
- Vaterschaftsgeld in Ergänzung zu einer gesetzlichen Vaterschaftsversicherung gemäss EOG.
- Lohnnachgenuss im Todesfall.
- Stirbt eine versicherte Person an den Folgen einer versicherten Krankheit, bezahlt der Versicherungsträger den vom Versicherungsnehmer an die Hinterlassenen auszurichtenden Lohnnachgenuss im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR.

Es handelt sich hierbei um eine Schadenversicherung.

Der Versicherungsträger verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung eines Unfalls die Leistungen zu kürzen.

Erbringt der Versicherungsträger anstelle von Dritten Leistungen, so besteht im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten keine Leistungspflicht.

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

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

5. Was ist unter anderem nicht versichert?

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- Bei Beteiligung an kriegesischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst.
- Wenn die Gesundheitsschädigung infolge Einwirkung nicht ärztlich verordneter ionisierender Strahlen eintritt.
- Wenn der Versicherte während seiner Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung vom Versicherungsträger die Schweiz oder sein Wohnsitzland vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz oder in sein Wohnsitzland.
- Folgen von strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten.
- Wenn es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug kommt.
- Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Operationen, welche nicht medizinisch indiziert sind (z. B. Schönheitsoperationen).

6. Welche Prämien sind geschuldet?

Die Höhe der geschuldeten Prämie ist abhängig von der Betriebsart, den gewählten Leistungen und dem individuellen und kollektiven Schadenverlauf. Die geschuldete Prämie wird auf Basis des beitragspflichtigen AHV-Lohns des definierten Personenkreises bis zu dem im Versicherungsvertrag festgesetzten Höchstlohn berechnet.

Für die im Versicherungsvertrag namentlich versicherten Personen ist der im Versicherungsvertrag für diese Person vereinbarte Jahreslohn massgebend. Vorbehalten bleibt eine allfällige Minimalprämie.

Die Prämie wird einmal im Jahr erhoben. Einzelheiten ergeben sich aus der Versicherungspolice. Bei vorzeitiger Aufhebung der Krankentaggeldversicherung wird Ihnen die nicht verbrauchte Prämie grundsätzlich zurückerstattet.

7. Welches sind Ihre wichtigsten Pflichten?

Ihre Pflichten ergeben sich aus Ihrer Versicherungspolice, den AVB, den BB sowie den VVG. Daraus folgt insbesondere:

- Sie müssen alle Formulare (z. B. Antrags- und Gesundheitsformular), die Bestandteil des Antrages sind, wahrheitsgetreu und vollständig ausfüllen. Ansonsten kann der Versicherungsträger den Versicherungsvertrag kündigen, versicherte Personen aus dem Versicherungsvertrag ausschliessen, Leistungen verweigern oder zurückfordern.
- Sie müssen die Versicherten bei Eintritt in die Versicherung über mögliche Leistungseinschränkungen informieren.
- Sie müssen Änderungen der im Antrag deklarierten und für die Risikobeurteilung erheblichen Tatsachen, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrages eintreten, umgehend dem Versicherungsträger melden.
- Sie müssen den Versicherungsträger über bestehende oder neu abgeschlossene Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich informieren.
- Sie müssen die Prämien bei Fälligkeit bezahlen. Die Nichtbezahlung bewirkt, dass kein Versicherungsschutz besteht. Selbst wenn Sie nach erfolgter Mahnung die Prämie bezahlen, muss der Versicherungsträger für in der Zwischenzeit eingetretene Schäden unter Umständen keine Leistungen erbringen.
- Sie müssen dem Versicherungsträger nach Ablauf des Versicherungsjahres die Lohnsummendeklaration mit den notwendigen Unterlagen (AHV-Deklaration) innert Monatsfrist melden.
- Sie müssen die Leistungsfälle spätestens 30 Tage nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit melden. Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Tritt die Krankheitsanzeige später ein, so beginnt die Wartefrist erst ab Eingang der Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- Sie müssen dem Versicherungsträger bei Anzeige des Leistungsfalles sämtliche erforderlichen Informationen mit den medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung stellen.
- Sie müssen dem Versicherungsträger auf Anfrage Einsicht in Lohnaufzeichnungen gewähren.
- Sie müssen die versicherten Personen mit dem Merkblatt Austritt von Mitarbeitenden bei Austritt aus dem Betrieb über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung informieren.

8. Wann beginnt und endet die Versicherung?

Der Beginn und die Dauer der Versicherung sind auf der Versicherungspolice aufgeführt. Wird der Versicherungsvertrag nicht auf Ablauf der Vertragsdauer gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr. Nachfolgend die wichtigsten Aufhebungsmöglichkeiten des Versicherungsvertrages:

- Durch Ihre Kündigung des Versicherungsvertrages bis spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Dauer.
- Durch Ihre Kündigung des Versicherungsvertrages innert 30 Tagen nachdem Sie die Mitteilung erhalten haben, dass der Versicherungsträger auf Beginn des folgenden Versicherungsjahres die Prämien zu Ihren Ungunsten anpassen.
- Die Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder die Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland führt zur Aufhebung des Versicherungsvertrages.
- Der Versicherungsträger ist in folgenden Fällen nicht an den Versicherungsvertrag gebunden und kann ihn auflösen:
 - Bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug.
 - Wenn Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrentatsache, die Sie kannten oder kennen mussten, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen haben.
 - Wenn Sie im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilen oder verschweigen, die die Leistungspflicht vom Versicherungsträger ausschliessen oder mindern würden.
- Durch Ihre Kündigung des Versicherungsvertrages, wenn Sie nicht gewusst haben, dass eine Mehrfachversicherung entsteht, als sie den späteren Vertrag abgeschlossen haben. Ihre Kündigung muss innert vier Wochen, nachdem Sie die Mehrfachversicherung entdeckt haben, erfolgen. Haben Sie die Anzeige absichtlich unterlassen oder die Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Versicherungsträger nicht an den Vertrag gebunden. Die Versicherungsträger verzichten auf ihr gesetzliches Recht, den Kollektivversicherungsvertrag mit Ihnen im Schadenfall zu kündigen.

9. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt für den Versicherten am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber zum Zeitpunkt, an dem sich der oder die Arbeitnehmende auf den Weg zur Arbeit begibt.

Teilinvaliden oder Arbeitnehmende mit einer Behinderung, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber zum Zeitpunkt, an dem der/die Arbeitnehmende sich auf den Weg zur Arbeit begibt, für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz:

- Mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei den Versicherungsnehmer.
- Bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres.
- Mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs gemäss der vereinbarten Leistungsdauer in der Versicherungspolice, ohne Verwertung einer Resterwerbsfähigkeit.
- Im Todesfall.
- Mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

10. Was geschieht bei gutem Schadenverlauf?

Es kann eine Überschussbeteiligung vereinbart werden. Ist eine Überschussbeteiligung vereinbart, wird der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen Versicherungsjahren (Abrechnungsperiode) an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System 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 und Folgen von Unfällen 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.

11. Was gilt punkto Datenschutz?

Die Versicherungsträger gemäss Ziff. 1 beauftragen die grape insurance AG Personendaten (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 Vollmacht, können bei Dritten (Versicherern, Ärzten, Spitälern etc.) Auskünfte eingeholt werden.

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.

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 von Rechtsansprüchen nötig ist.

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.

Die versicherte Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Haben Sie Fragen?

Ihr Kontakt bei Leistungsfällen ist:

grape insurance AG
Hardturmstrasse 132
8005 Zürich

+ 41 43 508 50 57

Montag bis Freitag: 09:00–12:00 Uhr und 13:00–17:00 Uhr

claiming@grapehealth.ch