

# ÖKK ERWERBSAUSFALL-VERSICHERUNG (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2011

## Inhaltsverzeichnis

### 1. Grundlagen der Versicherung

---

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherungsträger
- 1.3. Grundlagen des Vertrages
- 1.4. Versicherungs-Police
- 1.5. Versicherungsvertragsgesetz

### 2. Versicherter Personenkreis

---

- 2.1. Versicherungsnehmer
- 2.2. Versicherte Personen
  - 2.2.1. Arbeitnehmer
  - 2.2.2. Versicherung auf Grund besonderer Vereinbarung
  - 2.2.3. Unternehmensinhaber und deren Familienangehörige
  - 2.2.4. Nicht versicherte Personen

### 3. Örtliche Geltung

---

- 3.1. Allgemeines
- 3.2. Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer
- 3.3. Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

### 4. Versicherungsmöglichkeiten

---

- 4.1. Volldeckung
  - 4.1.1. Grundsatz
  - 4.1.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
- 4.2. Deckung mit Gesundheitsdeklaration
  - 4.2.1. Grundsatz
  - 4.2.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

- 4.2.3. Gesundheitsdeklaration
- 4.2.4. Auskunftspflicht
- 4.2.5. Pflicht des Versicherungsnehmers
- 4.3. Skaladeckung
  - 4.3.1. Grundsatz
  - 4.3.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

### 5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

---

- 5.1. Beginn des Versicherungsvertrages
- 5.2. Dauer des Versicherungsvertrages
  - 5.2.1. Im Allgemeinen
  - 5.2.2. Verlängerung des Versicherungsvertrages
- 5.3. Beendigung des Versicherungsvertrages
  - 5.3.1. Kündigung
  - 5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages
  - 5.3.3. Auflösung durch den Versicherer
  - 5.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

### 6. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

---

- 6.1. Beginn des Versicherungsschutzes
- 6.2. Ende des Versicherungsschutzes
- 6.3. Übertritt in die Einzelversicherung
  - 6.3.1. Übertrittsrecht
  - 6.3.2. Informationspflicht des Arbeitgebers
  - 6.3.3. Umfang der Weiterversicherung
  - 6.3.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen
  - 6.3.5. Ausschluss des Übertrittsrechts

## **7. Versicherungsumfang**

---

- 7.1. Höhe des versicherten Taggeldes
- 7.2. Bemessungsgrundlage
  - 7.2.1. Grundsatz
  - 7.2.2. Arbeitnehmer
  - 7.2.3. Unregelmässiges Einkommen
  - 7.2.4. Personen mit fester Lohnsumme
  - 7.2.5. Geschäftsführer
  - 7.2.6. Erhöhung der Versicherungsdeckung
- 7.3. Maximaldeckung

## **8. Leistungen**

---

- 8.1. Leistungsvoraussetzungen
  - 8.1.1. Krankheit
  - 8.1.2. Unfall
  - 8.1.3. Arbeitsunfähigkeit
  - 8.1.4. Ärztliches Zeugnis
- 8.2. Leistungsumfang
  - 8.2.1. Im Allgemeinen
  - 8.2.2. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
  - 8.2.3. Nachleistung
  - 8.2.4. Unfall
  - 8.2.5. Familienzulagen
  - 8.2.6. Ruhen der Leistungen bei Mutterschaft
  - 8.2.7. Geburtsgeld
  - 8.2.8. Vaterschaftsentschädigung
- 8.3. Leistungsbeginn
- 8.4. Leistungsdauer
  - 8.4.1. Grundsatz
  - 8.4.2. Anrechnung der Wartefrist
  - 8.4.3. Neuer Versicherungsfall
  - 8.4.4. Skaladeckung
  - 8.4.5. Familienzulagen
  - 8.4.6. Leistungsdauer bei Geburt
  - 8.4.7. Vaterschaftsentschädigung
  - 8.4.8. Versicherung des Lohnnachgenusses
  - 8.4.9. AHV-Alter
  - 8.4.10. Anrechnung bei Vertragsübernahme
- 8.5. Leistungsbeschränkungen
  - 8.5.1. Leistungsausschluss
  - 8.5.2. Leistungseinschränkungen
  - 8.5.3. Grobfahrlässigkeit
  - 8.5.4. Rückerstattungspflicht

## **9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**

---

- 9.1. Pflichten im Schadenfall
- 9.2. Schadenminderung
- 9.3. Auskunftspflicht
- 9.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten
- 9.5. Quellensteuer

## **10. Prämien und Zahlungen**

---

- 10.1. Prämienberechnung
  - 10.1.1. Grundsatz
  - 10.1.2. Erfahrungstarifizierung
  - 10.1.3. Tariffklassentarifizierung
- 10.2. Massgebliche Lohnsumme
- 10.3. Prämienzahlung
  - 10.3.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit
  - 10.3.2. Schlussabrechnung
  - 10.3.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung
  - 10.3.4. Prämienrückerstattung

- 10.3.5. Zahlungsverzug
- 10.4. Prämienbefreiung im Schadenfall
- 10.5. Prämienanpassung
- 10.6. Überschussbeteiligung
- 10.7. Leistungsausrichtung
  - 10.7.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall
  - 10.7.2. Auszahlung des Geburtsgeldes
  - 10.7.3. Auszahlung von Vaterschaftsentschädigung
  - 10.7.4. Verrechnung
  - 10.7.5. Verpfändung und Abtretung
  - 10.7.6. Verjährung

## **11. Leistungen Dritter**

---

- 11.1. Koordination
  - 11.1.1. Im Allgemeinen
  - 11.1.2. Mehrfachversicherung
  - 11.1.3. Sozialversicherungen
  - 11.1.4. Leistungsverzicht
- 11.2. Vorleistungen und Regress
- 11.3. Überentschädigung
  - 11.3.1. Arbeitnehmer
  - 11.3.2. Versicherte Personen mit fester Lohnsumme
  - 11.3.3. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

## **12. Datenschutz**

---

- 12.1. Grundsatz
- 12.2. Bearbeitungszweck
- 12.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung
- 12.4. Aufbewahrung der Daten

## **13. Mitteilungen**

---

## **14. Gerichtsstand**

---

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

## 1. Grundlagen der Versicherung

### 1.1. Zweck

Die ÖKK Erwerbsausfall-Versicherung dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entstanden ist.

Die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Unfall und Geburt (Geburtsgeld) kann mit eingeschlossen werden.

### 1.2. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer).

Der auf der Versicherungs-Police aufgeführte Versicherer ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der ÖKK Versicherungen AG vorzunehmen.

### 1.3. Grundlagen des Vertrages

Als Grundlagen des Vertrages gelten

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

### 1.4. Versicherungs-Police

In der Versicherungs-Police werden die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen festgehalten.

BB oder Vereinbarungen, die von den AVB abweichen oder diese ergänzen, sind ebenfalls in der Versicherungs-Police 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 Versicherungs-Police mit seinen zugehörigen Unternehmensteilen beschriebene Unternehmen.

### 2.2. Versicherte Personen

#### 2.2.1. Arbeitnehmer

Versichert sind die in der Versicherungs-Police aufgeführten natürlichen Personen oder Personengruppen, wenn

- zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis besteht,
- sie der AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären oder bei Eintritt ins ordentliche AHV-Rentenalter voll arbeitsfähig sind und weiterhin im versicherten Betrieb beschäftigt werden und
- sie das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben, vorbehaltlich Artikel 2.2.4. lit. c).

Grenzgänger sind den in der Schweiz wohnhaften Personen gleichgestellt.

#### 2.2.2. Versicherung auf Grund besonderer Vereinbarung

Nur auf Grund besonderer Vereinbarung versichert sind

- a) Aushilfen, wenn ihr Arbeitsvertrag auf drei Monate oder weniger befristet ist,
- b) Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die nicht gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichert sind,
- c) Heimarbeiter,
- d) Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Grenzgänger noch Entsandte noch Kurzaufenthalter sind.
- e) Arbeitnehmende, die in der Schweiz angestellt aber aufgrund der Abkommen zwischen der Schweiz und der EU bzw. der EFTA nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

#### 2.2.3. Unternehmensinhaber und deren Familienangehörige

Sofern in der Police namentlich und mit fester Lohnsumme aufgeführt, sind mitversichert

- a) der Unternehmensinhaber,
- b) dessen im Unternehmen mitarbeitende, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführte Ehegatten, Kinder oder Eltern.

#### 2.2.4. 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. Auf Gesuch hin kann die Versicherungsdeckung verlängert werden, sofern für diese Personen gleichzeitig eine Deckung gemäss UVG besteht.

### 3.3. Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

Begibt sich eine erkrankte versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen, sofern nicht der Versicherer vorher zugestimmt hat.

## 4. Versicherungsmöglichkeiten

### 4.1. Volldeckung

#### 4.1.1. Grundsatz

Die Volldeckung ist BVG-kordiniert und bezweckt eine vorbehaltlose Versicherung des Erwerbsausfalls bis zum Einsetzen der BVG-Rente.

4.1.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle  
Bei Volldeckung werden Leistungen auch für Krankheiten und Folgen von Unfällen erbracht, die bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

## **4.2. Deckung mit Gesundheitsdeklaration**

### 4.2.1. Grundsatz

Die Deckung mit Gesundheitsdeklaration bezweckt eine Versicherung des Erwerbsausfalles infolge Krankheit und Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.

### 4.2.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben, wird die versicherte Leistung für die Leistungsdauer gemäss Skaladeckung erbracht. Für Unternehmensinhaber und deren Familienmitglieder besteht kein Anspruch auf die Leistungen gemäss Skaladeckung. Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person vom Versicherer schriftlich mitgeteilt. Sie ist von Beginn des Versicherungsschutzes an wirksam.

### 4.2.3. Gesundheitsdeklaration

Zur Prüfung vorbestandener Krankheiten und Folgen von Unfällen erfolgt bei Eintritt in das Unternehmen eine Gesundheitsprüfung anhand einer Deklaration der versicherten Person auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular.

### 4.2.4. Auskunftspflicht

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer alle Krankheiten und Folgen von Unfällen zu deklarieren, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehen oder bestanden haben. Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Er kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

### 4.2.5. Pflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass der Versicherer alle notwendigen Angaben über die versicherte Person erhält. Er ist verpflichtet, die versicherten Personen bei Eintritt in die Versicherung über die mögliche Leistungseinschränkung für vorbestandene Krankheiten und Folgen von Unfällen zu informieren.

## **4.3. Skaladeckung**

### 4.3.1. Grundsatz

Die Skaladeckung bezweckt eine vorbehaltlose, auf die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Obligationenrecht (OR) abgestimmte Taggeldleistung.

### 4.3.2. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei der Skaladeckung werden Leistungen auch für Krankheiten und Folgen von Unfällen erbracht, die bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

## **5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages**

### **5.1. Beginn des Versicherungsvertrages**

Versicherungsbeginn ist das auf der Versicherungs-Police vereinbarte Datum.

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres möglich.

### **5.2. Dauer des Versicherungsvertrages**

#### 5.2.1. Im Allgemeinen

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

#### 5.2.2. Verlängerung des Versicherungsvertrages

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

### **5.3. Beendigung des Versicherungsvertrages**

#### 5.3.1. 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 Versicherungs-Police aufgeführte Ablaufdatum möglich.

Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie schriftlich und termingerecht, d.h. spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist eintrifft.

Wird der Vertrag nicht gekündigt, so verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr.

#### 5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

- a) wenn der Versicherungsnehmer seine Geschäftstätigkeit aufgibt,
- b) wenn der Geschäftssitz ins Ausland verlegt wird,
- c) wenn der Konkurs über den Versicherungsnehmer eröffnet wird, es sei denn, der Konkursverwalter oder Dritte bezahlen die Versicherungsprämien weiter.

#### 5.3.3. Auflösung durch den Versicherer

Der Versicherer ist an den Vertrag 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 er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, oder
- c) wenn er im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden.

#### 5.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen.

Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

## **6. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes**

### **6.1. Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag der Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer.

Für Personen, die im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns resp. am Tag der Arbeitsaufnahme nicht voll arbeitsfähig sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollen Arbeitsaufnahme. Teilinvalide oder behinderte Arbeitnehmer, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

## **6.2. Ende des Versicherungsschutzes**

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz

- a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- b) mit der Pensionierung,
- c) bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- d) mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs,
- e) bei einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch.

Der Versicherungsschutz erlischt nicht während Arbeitsunterbrüchen infolge Krankheit, Unfall oder Dienstleistung in der Schweizerischen Armee, im Zivildienst oder Zivilschutz.

Wenn nicht anders vereinbart, beginnt die Leistung frühestens am Tage der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit während des unbezahlten Urlaubs werden an die Wartefrist und Leistungsdauer angerechnet.

- f) im Todesfall,
- g) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

## **6.3. Übertritt in die Einzelversicherung**

### **6.3.1. Übertrittsrecht**

Jede in der Schweiz wohnhafte Person kann ohne Prüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelversicherung übertreten

- mit Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung,
- mit Ende des Leistungsbezuges oder
- mit Ende des Versicherungsvertrages.

Bei Grenzgängern entscheidet der Versicherer über den Antrag um Aufnahme in die Einzelversicherung. Er kann diesen ohne Angabe von Gründen ablehnen.

Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen seit der Mitteilung des Arbeitgebers über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen.

Die Frist beginnt mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung, die auf das Übertrittsrecht aufmerksam macht. Erhält die versicherte Person eine Nachleistung (Art. 8.2.3.), beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch den Versicherer.

Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis, nach dem Ende des Leistungsbezuges, resp. nach Ende des Versicherungsvertrages.

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

Die Bestimmungen zur Nachleistung bleiben vorbehalten.

### **6.3.2. Informationspflicht des Arbeitgebers**

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die ausscheidenden versicherten Personen über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung rechtzeitig schriftlich zu informieren.

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

### **6.3.3. Umfang der Weiterversicherung**

Die Weiterversicherung erfolgt grundsätzlich im Umfang der bisherigen Versicherungsdeckung, höchstens jedoch in Höhe des neuen Erwerbseinkommens.

Es wird ein Einkommen von maximal CHF 250'000 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.

### **6.3.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen**

Bereits bezogene Leistungen

- aus dieser Kollektivversicherung
- bei früheren Versicherungsträgern

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

### **6.3.5. Ausschluss des Übertrittsrechts**

Kein Übertrittsrecht besteht

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Erwerbsausfallversicherung,
- 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) so lange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Rentenalters,
- e) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland hat,
- f) während der Dauer einer provisorischen Deckungszusage.

## **7. Versicherungsumfang**

### **7.1. Höhe des versicherten Taggeldes**

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer vereinbart.

### **7.2. Bemessungsgrundlage**

#### **7.2.1. Grundsatz**

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

#### **7.2.2. Arbeitnehmer**

Bemessungsgrundlage für Arbeitnehmer ist das durch den Versicherungsfall entgangene Erwerbseinkommen. Als entgangenes Erwerbseinkommen gilt der letzte vor dem Versicherungsfall beim Versicherungsnehmer bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsan-

spruch besteht. Steuerliche oder AHV-Freibeträge für Personen im AHV-Alter beeinflussen die Höhe der Bemessungsgrundlage nicht. Familienzulagen, die als Kinder- oder Ausbildungszulagen nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) durch die Familienausgleichskassen an die Arbeitnehmer ausgerichtet werden, gelten als entgangenes Erwerbseinkommen und sind subsidiär mitversichert.

Für nicht AHV-pflichtige Arbeitnehmer gilt an Stelle des AHV-Lohnes der vereinbarte Bruttolohn nach AHV-Normen.

Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

#### 7.2.3. Unregelmässiges Einkommen

Bei in der Höhe stark schwankendem Einkommen wird der durchschnittliche Lohn der letzten 12 vollen abgerechneten Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Besteht die Beschäftigung weniger als 12 Monate, wird der durchschnittliche Lohn seit Beschäftigungsbeginn zugrunde gelegt.

#### 7.2.4. Personen mit fester Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für die in der Versicherungs-Police namentlich aufgeführten Personen ist die im voraus vereinbarte feste Lohnsumme.

#### 7.2.5. Geschäftsführer

Geschäftsführer, welche auf Grund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmer gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern.

#### 7.2.6. Erhöhung der Versicherungsdeckung

Beim Antrag zur Erhöhung einer vereinbarten festen Lohnsumme ist eine Gesundheitsdeklaration erforderlich.

Eine allfällige Leistungseinschränkung resp. eine Ablehnung des Antrags erfolgt nur auf der Versicherungserhöhung.

### 7.3. Maximaldeckung

Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist auf CHF 250'000 begrenzt.

## 8. Leistungen

### 8.1. Leistungsvoraussetzungen

#### 8.1.1. 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.

#### 8.1.2. 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.

#### 8.1.3. 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 30 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

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

#### 8.1.4. Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer anerkannten Arzt oder Chiropraktor ausgestellt sein.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen möglich.

### 8.2. Leistungsumfang

#### 8.2.1. Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen. Die insgesamt erbrachten Taggeldleistungen dürfen den der versicherten Person durch den Versicherungsfall entgangenen Verdienst resp. die vereinbarte feste Lohnsumme nicht übersteigen.

#### 8.2.2. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

#### 8.2.3. Nachleistung

Für Personen, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses 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

- bei Anspruch auf Freizügigkeit eines anderen Versicherers im Falle einer Vertragsübernahme,
- bei Stellenwechsel und Übertritt in die Erwerbsausfallversicherung des neuen Arbeitgebers,
- wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Rentenalters,
- bei Arbeitnehmern, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen. Grenzgänger gelten nicht als ausländische Arbeitnehmer,
- wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist,
- wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis von drei Monaten oder weniger gehandelt hat.

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

#### 8.2.4. Unfall

Ist das Unfallrisiko mitversichert, bemessen sich die Leistungen nach dem vereinbarten Versicherungsumfang in der Police.

Erfolgt der Unfalleinschluss in Ergänzung zur Versicherung gemäss UVG, so werden Taggeldleistungen nur erbracht, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist.

#### 8.2.5. Familienzulagen

Es besteht subsidiär ein Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen, welche nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) durch die Familienausgleichskassen an die Arbeitnehmer ausgerichtet werden.

Bei Wegfall der Kinder- und Ausbildungszulagen durch die Familienausgleichskasse infolge Arbeitsverhinderung durch Krankheit,

Unfall oder Mutterschaft werden diese in Höhe des versicherten Taggeldes (in % des versicherten Lohnes) bei der Taggeldleistung berücksichtigt, sofern es sich um ein versichertes Ereignis handelt. Der Anspruch muss vom Versicherungsnehmer, respektive der versicherten Person, unter Nachweis, dass die gesetzlichen Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskasse wegfallen, beim Versicherer schriftlich beantragt werden.

**8.2.6. Ruhen der Leistungen bei Mutterschaft**  
Während des Anspruchs auf Mutterschaftsleistungen nach Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) oder auf Geburtengeld aus dieser Versicherung ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

**8.2.7. Geburtengeld**  
Das Geburtengeld muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch mitversichert. Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind sowie Selbständigerwerbende und Betriebsinhaberinnen sind nicht 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 jedoch für 98 Tage, wird die Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung und dem versicherten Geburtengeld gezahlt. Für 14 zusätzliche Tage wird Geburtengeld in Höhe des versicherten Taggeldes ausgerichtet. Geburtengeld wird nicht ausgerichtet, wenn das Beschäftigungsverhältnis der versicherten Person 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 Erwerbssersatzgesetz (EOG), ausser im Rahmen einer Freizügigkeitsleistung bei Vertragsübernahme.

**8.2.8. Vaterschaftsentschädigung**  
Die Vaterschaftsentschädigung muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden und ist nicht automatisch mitversichert. Voraussetzung dafür ist eine Regelung für den Vaterschaftsurlaub im Personalreglement des Versicherungsnehmers. Während dem Vaterschaftsurlaub wird ein Taggeld in Höhe des versicherten Taggeldes für die vereinbarte Leistungsdauer gemäss Police ausgerichtet.

### **8.3. 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. Ohne gegenteilige Vereinbarung werden die Wartefristen für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet.

### **8.4. Leistungsdauer**

**8.4.1. Grundsatz**  
Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice aufgeführt und bemisst sich – mit Ausnahme der Skaladeckung – je Versicherungsfall. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage. Bei Personen mit maximalem Leistungsbezug für eine Teilarbeitsunfähigkeit bleibt der Versicherungsschutz für einen neuen Krankheitsfall im Rahmen der Resterwerbsfähigkeit bestehen.

**8.4.2. Anrechnung der Wartefrist**  
Die vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

**8.4.3. Neuer Versicherungsfall**  
Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während 360 Tagen ununterbrochen arbeitsfähig war. Bei einem Rückfall innerhalb von 360 Tagen werden die absolvierte Wartefrist und erbrachte Leistungen angerechnet.

**8.4.4. Skaladeckung**  
Bei der Skaladeckung richtet sich die Leistungsdauer entsprechend der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses im versicherten Unternehmen. Dabei wird folgende Skala zugrunde gelegt:

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Leistungsdauer
3 bis 12 Monate	3 Wochen
bis 3 Jahre	9 Wochen
bis 9 Jahre	13 Wochen
bis 15 Jahre	17 Wochen
bis 20 Jahre	22 Wochen
bis 25 Jahre	27 Wochen
bis 30 Jahre	31 Wochen
über 30 Jahre	36 Wochen

Kehren Kurzaufenthalter jedes Jahr in das versicherte Unternehmen zurück, wird die Anstellungsdauer auf Grund der in der Unternehmung gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate angerechnet.

**8.4.5. Familienzulagen**  
Die Familienzulagen nach den Bestimmungen des FamZG sind bei Wegfall der Auszahlungspflicht der kantonalen Familienausgleichskasse subsidiär während der gesamten Leistungsdauer mitversichert.

**8.4.6. 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 für die zusätzlichen 14 Tage wird in der versicherten Höhe ausgerichtet, sofern am Tag der Niederkunft ein Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung nach dem EOG besteht.

Das Geburtengeld wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

**8.4.7. Vaterschaftsentschädigung**  
Die Leistungsdauer ist in der Police geregelt. Die Vaterschaftsentschädigung wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet. Die Vaterschaftsentschädigung wird nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

8.4.8. Versicherung des Lohnnachgenusses  
Stirbt ein Arbeitnehmer infolge einer versicherten Krankheit, oder eines versicherten Unfalls, so wird die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Artikel 338, Abs. 2 OR abgegolten. Die Versicherungsleistung wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet.

8.4.9. AHV-Alter  
Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Alters weiterhin beim Versicherungsnehmer regelmässig arbeiten, haben Anspruch auf das versicherte Taggeld während gesamthaft 180 Tagen unter Anrechnung der vereinbarten Wartefrist, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.  
Die gleiche Regelung gilt auch für den Unternehmensinhaber und seine im Unternehmen mitarbeitenden, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführten Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern) sowie die in der Police namentlich aufgeführten Personen.

8.4.10. Anrechnung bei Vertragsübernahme  
Bereits bezogene Leistungen bei früheren Versicherungsträgern werden im Fall einer Vertragsübernahme resp. bei einer Vertragserneuerung an die Leistungsdauer angerechnet.

## **8.5. Leistungsbeschränkungen**

8.5.1. Leistungsausschluss  
Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen 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 Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten, es sei denn, die versicherte Person ist als unbeteiligte oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen verletzt worden,  
d) wenn die Gesundheitsschädigung infolge Einwirkung nicht ärztlich verordneten ionisierender Strahlen eintritt.  
e) wenn die versicherte Person während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz.

8.5.2. Leistungseinschränkungen  
Leistungen können gekürzt werden:  
a) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d. h. wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu,  
b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,  
c) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

Minimale Leistungen (Leistungsdauer gemäss Skaladeckung) werden ausgerichtet:

d) während eines nicht beruflich veranlassten Auslandsaufenthaltes. Für die Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland werden die vollen versicherten Leistungen ausgerichtet. Nach Rückkehr in die Schweiz entfällt diese Einschränkung,

e) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,  
f) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen.

8.5.3. Grobfahrlässigkeit  
Der Versicherer verzichtet auf das Recht, die Versicherungsleistungen nach VVG zu kürzen, wenn die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt hat.

8.5.4. Rückerstattungspflicht  
Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen vom Versicherungsnehmer dem Versicherer rückerstattet werden.

## **9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**

### **9.1. Pflichten im Schadenfall**

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat der Versicherungsnehmer den Versicherer innert fünf Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt.

Bei vereinbarten Wartefristen von mehr als 21 Tagen ist die Arbeitsunfähigkeit spätestens 30 Tage nach ihrem Beginn schriftlich mittels Krankheitsanzeige zu melden.

Das ärztliche Zeugnis ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartefristen von mehr als 21 Tagen zusammen mit der Krankheitsanzeige, zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Die Wartefrist beginnt erst ab Eingang der Meldung zu laufen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies unverzüglich zu melden.

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, hat die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer dem Versicherer sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen.

### **9.2. Schadenminderung**

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert. Sie hat alles zu unterlassen, was diese verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen zu überprüfen und geeignete Kontrollmassnahmen zu ergreifen. Die versicherte Person hat den Nachweis des Erwerbsausfalls zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu bewerten.

Auf Verlangen des Versicherers oder des Versicherungsnehmers hat die versicherte Person

- sich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen IV-Stelle anzumelden,
- bereits am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit einen Arzt zu konsultieren,
- sich durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten dafür trägt der Versicherer.

### 9.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer stellt bei Unfall dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen.

Die versicherte Person 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.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen.

### 9.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen können gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB verletzen.

### 9.5. Quellensteuer

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

## 10. Prämien und Zahlungen

### 10.1. Prämienberechnung

#### 10.1.1. Grundsatz

Der Versicherer berechnet die Prämien an Hand versicherungsmathematisch anerkannter Methoden. Solche Tarifierungen umfassen statistische Grundlagen und versicherungsmathematische Prämienberechnungsmodelle.

#### 10.1.2. Erfahrungstarifizierung

Bei der Erfahrungstarifizierung wird die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie (sog. «Tarifstufe 0») mit einem Risikofaktor berechnet. Der Risikofaktor hängt dabei von der individuellen Schadenerfahrung des Vertrages oder einer Gruppe von Verträgen sowie der Vertragsgrösse ab.

#### 10.1.3. Tarifklassentarifizierung

Bei der Tarifklassentarifizierung wird die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie (sog. «Tarifstufe 0») mit einem Risikofaktor berechnet. Der Risikofaktor kann dabei von der Wirtschaftsbranche, dem Betriebsstandort, der Vertragsgrösse und von anderen Merkmalen der Risiken abhängen, beispielsweise dem Alter oder dem Geschlecht der Versicherten. Der Bestand an Risiken wird dadurch in Tarifklassen unterteilt. Dieses Verfahren

wird vom Versicherer bei neu gegründeten Betrieben oder bei der erstmaligen Mitversicherung von zusätzlichen Personengruppen vorgenommen. Sie dienen als Vorstufe zur späteren Einführung der Erfahrungstarifizierung.

### 10.2. Massgebliche Lohnsumme

Für die Prämienberechnung massgebend ist die im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme der versicherten Personen. Pro Person und Jahr kann höchstens die vereinbarte Maximaldeckung berücksichtigt werden.

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

Sofern für in der Versicherungs-Police namentlich aufgeführte Personen im voraus eine feste Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese als Berechnungsgrundlage.

### 10.3. Prämienzahlung

#### 10.3.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit

Der Versicherer erstellt gemäss Vereinbarung in der Police vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich eine Akonto-Rechnung an den Versicherungsnehmer.

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im voraus geschuldet und im Zeitpunkt der in der Versicherungs-Police festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen.

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

#### 10.3.2. 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 Saldi unter CHF 10 erfolgt keine Rückerstattung. Der Betrag wird auf die nächste Abrechnung vorgetragen.

Kommt der Versicherungsnehmer der Meldepflicht über die Lohnsummendeklaration nicht nach, oder liegen keine Zahlen zum Vorjahr vor, kann der Versicherer die Prämienbeträge durch Einschätzung festlegen.

#### 10.3.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

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

#### 10.3.4. 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 resp. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein.

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

#### 10.3.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt durch den

Versicherer eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

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 Erwerbsausfälle während des Ruhens der Leistungspflicht 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 Akonto-Prämie resp. Schlussabrechnung nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

#### **10.4. Prämienbefreiung im Schadenfall**

So lange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht resp. Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden, entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die auf der Versicherungs-Police aufgeführten versicherten Personen mit fester Lohnsumme.

Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlich vereinbarten Minimalprämie gemäss Police.

#### **10.5. Prämienanpassung**

Für die vereinbarte Vertragsdauer wird eine Prämiengarantie gewährt.

Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien anpassen. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit hin zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

#### **10.6. Überschussbeteiligung**

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 Versicherungs-Police 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.

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

### **10.7. Leistungsausrichtung**

**10.7.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall**  
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 Taggelderleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Versicherten ausgerichtet, solange diese beim Versicherungsnehmer angestellt sind.

**10.7.2. Auszahlung des Geburtengeldes**

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

**10.7.3. Auszahlung Vaterschaftsentschädigung**

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

**10.7.4. Verrechnung**

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

**10.7.5. Verpfändung und Abtretung**

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

**10.7.6. Verjährung**

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

## **11. Leistungen Dritter**

### **11.1. Koordination**

**11.1.1. Im Allgemeinen**

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter aus Gesetz oder Verschulden, ergänzt der Versicherer im Nachgang die Leistungen bis zur Höhe des versicherten Taggeldes. Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

**11.1.2. Mehrfachversicherung**

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wie viel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die nach diesen AVB zu leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

**11.1.3. Sozialversicherungen**

Sind Sozialversicherungen leistungspflichtig, werden die versicherten Taggelderleistungen um den Betrag der Leistungen aus Sozialversicherungen (Taggelder, Renten etc.) gekürzt. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FamZG, Familienzulagen in der Landwirtschaft etc.) an den Versicherer ab.

#### 11.1.4. Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

### 11.2. Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu Dritten kann der Versicherer Vorleistungen erbringen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und dass sie ihre Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

### 11.3. Überentschädigung

#### 11.3.1. Arbeitnehmer

Den versicherten Personen resp. dem Versicherungsnehmer darf aus den Leistungen nach diesen AVB unter Berücksichtigung der Leistungen von Dritten kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen bei Krankheit und Unfall entsprechend gekürzt. Die zuviel erbrachten Leistungen werden zurückgefordert. Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartefrist als ganze Tage.

#### 11.3.2. Versicherte Personen mit fester Lohnsumme

Der Leistungsumfang entspricht der vereinbarten Taggeldsumme. Die Regelung betreffend Überversicherung kommt nicht zur Anwendung.

Hingegen werden keine Leistungen übernommen, soweit Ansprüche auf Geldleistungen (Taggelder, Renten etc.) gegenüber Sozialversicherern (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FamZG, Familienzulagen in der Landwirtschaft etc.) bestehen.

#### 11.3.3. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer allfällig bestehende oder neu abgeschlossene Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

## 12. Datenschutz

### 12.1. Grundsatz

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des KVG sowie des ATSG.

### 12.2. 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. Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

### 12.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung

Der Versicherer kann die Datenbearbeitung ganz oder teilweise einem Dritten (z.B. Rechenzentrum) übertragen. Dabei sorgt der Versicherer dafür, dass die Daten nur so bearbeitet werden, wie er es selbst tun dürfte. In anderen Fällen gibt der Versicherer nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft.

### 12.4. Aufbewahrung der Daten

Der Versicherer bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt diese durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor Unbefugten.

## 13. Mitteilungen

Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich an die versicherte Person oder an den Versicherungsnehmer. Änderungen, die für die Versicherung wesentlich sind, insbesondere Änderungen in Bezug auf die Zusammensetzung des versicherten Personenkreises, des Gesamtarbeitsvertrages (GAV) oder der Bestimmungen der Beruflichen Vorsorge (BVG), sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

## 14. Gerichtsstand

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