

## ERWERBSAUSFALL-VERSICHERUNG FÜR UNTERNEHMEN (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ÖKK-Versicherungen AG

Ausgabe 2007

### Inhaltsverzeichnis

#### 1. Grundlagen der Versicherung

---

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherungsträger
- 1.3. Grundlagen des Vertrages
- 1.4. Versicherungs-Police
- 1.5. Versicherungsvertragsgesetz
- 1.6. Männliche und weibliche Form

#### 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. Betriebsinhaber 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. Anmeldung
  - 4.2.4. Gesundheitsdeklaration
  - 4.2.5. Auskunftspflicht
  - 4.2.6. 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. Personen mit fester Lohnsumme
  - 7.2.4. Geschäftsführer
  - 7.2.5. Erhöhung der Versicherungsdeckung
- 7.3. Maximaldeckung

## **8. Leistungen**

---

- 8.1. Leistungsvoraussetzungen
  - 8.1.1. Krankheit
  - 8.1.2. Unfall
  - 8.1.3. Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung
  - 8.1.4. Arbeitsunfähigkeit
  - 8.1.5. Ärztliches Zeugnis
- 8.2. Leistungsumfang
  - 8.2.1. Im Allgemeinen
  - 8.2.2. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
  - 8.2.3. Nachdeckung
  - 8.2.4. Unfall
  - 8.2.5. Ruhen der Leistungen bei Mutterschaft
  - 8.2.6. Geburtengeld
- 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. Leistungsdauer bei Geburt
  - 8.4.6. AHV-Alter
  - 8.4.7. Anrechnung bei Vertragsübernahme
- 8.5. Leistungsbeschränkungen
  - 8.5.1. Leistungsausschluss
  - 8.5.2. Leistungseinschränkungen
  - 8.5.3. 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
- 10.2. Prämienzahlung
  - 10.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit
  - 10.2.2. Schlussabrechnung
  - 10.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung
  - 10.2.4. Prämienrückerstattung
  - 10.2.5. Zahlungsverzug
- 10.3. Prämienbefreiung im Schadenfall
- 10.4. Prämienanpassung
- 10.5. Überschussbeteiligung
- 10.6. Leistungsausrichtung
  - 10.6.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall
  - 10.6.2. Auszahlung des Geburtengeldes
  - 10.6.3. Verrechnung
  - 10.6.4. Verpfändung und Abtretung
  - 10.6.5. 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. Mitteilungen**

---

## **13. Gerichtsstand**

---

## **14. Inkraftsetzung**

---

# 1. Grundlagen der Versicherung

## 1.1. Zweck

Die Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmen 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).

Die auf der Versicherungs-Police aufgeführte Krankenkasse 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. Besondere Bedingungen oder Vereinbarungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

## 1.6. Männliche und weibliche Form

ÖKK bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Die in diesen AVB gewählten männlichen Formen gelten jeweils auch für weibliche Personen.

# 2. Versicherter Personenkreis

## 2.1. Versicherungsnehmer

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

## 2.2. Versicherte Personen

### 2.2.1. Arbeitnehmer

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

- die der AHV unterstellt sind und

- die das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben und bei Eintritt ins AHV-Alter bereits beim Versicherungsnehmer beschäftigt sowie voll arbeitsfähig waren.

Grenzgänger sind unter den gleichen Bedingungen versichert.

### 2.2.2. Versicherung auf Grund besonderer Vereinbarung

Nur auf Grund besonderer Vereinbarung versichert sind

- a) kurzfristige Aushilfen (d.h. Aushilfen mit einem bis zu drei Monate befristeten Aushilfsvertrag),
- b) Teilzeitbeschäftigte und Stundenlöhner, die nicht gemäss UVG gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichert sind,
- c) Heimarbeiterinnen und Heimarbeiter,
- d) Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Grenzgänger noch Entsandte noch Kurzaufenthalter sind.

### 2.2.3. Betriebsinhaber und deren Familienangehörige

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

- a) der Betriebsinhaber,
- b) dessen im Betrieb 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.

# 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 UVG-Deckung 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 die Kasse vorher zugestimmt hat.

Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgänger bei Aufenthalt in der Schweiz.

# 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 Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder besteht kein Anspruch auf die Leistungen gemäss Skaladeckung.

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person von der Kasse schriftlich mitgeteilt. Sie ist von Beginn des Versicherungsschutzes an wirksam.

##### **4.2.3. Anmeldung**

Der Versicherungsnehmer hat der Kasse jeden Neueintritt in das Unternehmen schriftlich mitzuteilen.

##### **4.2.4. 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 von der Kasse zur Verfügung gestellten Formular.

##### **4.2.5. Auskunftspflicht**

Die versicherte Person ist verpflichtet, der Kasse alle Krankheiten und Folgen von Unfällen zu deklarieren, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehen oder bestanden haben.

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

##### **4.2.6. Pflicht des Versicherungsnehmers**

Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass die Kasse 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 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 unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungs-Police aufgeführte Ablaufdatum möglich.

#### **5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages**

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland,
- c) bei Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

#### **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 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.

Teilinvalid oder behinderte Arbeitnehmer, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

Haben Versicherte aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, so gehen diese vor.

## **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.

Der Versicherungsschutz bei Krankheit während eines unbezahlten Urlaubs von bis zu 210 Kalendertagen kann eingeschlossen werden.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz bei Krankheiten, die ab dem 31. Tag des Arbeitsunterbruchs auftreten, ist das Bestehen einer Abredeversicherung nach UVG.

- f) im Todesfall,
- g) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages,
- h) während des Ruhens der Leistungspflicht infolge Zahlungszuges von Seiten des Versicherungsnehmers.

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

### **6.3.1. Übertrittsrecht**

Jede in der Schweiz wohnhafte versicherte Person kann in die Einzelversicherung übertreten

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

Das Übertrittsrecht ist innert 3 Monaten seit der Orientierung über das Übertrittsrecht schriftlich geltend zu machen.

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.

Die Bestimmungen zur Nachdeckung 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, soweit diese dem neuen Erwerbseinkommen entspricht.

Nichterwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

Arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung 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**

- 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 Nachdeckung 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 vorläufigen Deckungszusage.

## **7. Versicherungsumfang**

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

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen dem Versicherungsnehmer und der Kasse 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 bei dem Versicherungsnehmer bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

Für Nicht-AHV-Pflichtige gilt an Stelle des AHV-Lohnes der vereinbarte Bruttolohn nach AHV-Normen.

Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionen, Umsatzbeteiligungen, unregelmässige Aushilfstätigkeit etc.), wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten 12 Monaten vor Arbeitsunfähigkeit erzielte Lohn durch 365 geteilt. Beträgt die Zeitperiode vor Arbeitsunfähigkeit weniger als 12 Monate, erfolgt die Berechnung des Taggeldes analog.

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

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

**7.2.5. Erhöhung der Versicherungsdeckung**  
Bei der 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 eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und 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 oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche
- b) Verrenkungen von Gelenken
- c) Meniskusrisse
- d) Muskelrisse
- e) Muskelzerrungen
- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen.

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

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

**8.1.3. Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung**  
Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbersatzordnung (EOG).

**8.1.4. Arbeitsunfähigkeit**  
Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

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

**8.1.5. Ärztliches Zeugnis**  
Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

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 gesamthaft 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. Nachdeckung**  
Für Personen, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, besteht der Leistungsanspruch bis zum Ende des die Nachdeckung begründenden Krankheitsfalles, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Diese Nachdeckung entfällt

- bei Anspruch auf Freizügigkeit eines anderen Versicherers im Falle einer Vertragsübernahme,
- bei Stellenwechsel und Übertritt in die Erwerbsausfallversicherung des neuen Arbeitgebers,
- bei Beendigung des Versicherungsvertrages,
- wenn die versicherte Person pensioniert wird, spätestens bei Erreichen des AHV-Rentenalters,
- bei ausländischen Arbeitnehmern, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, ausgenommen während der Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland. Grenzgänger gelten nicht als ausländische Arbeitnehmer,
- für Kurzaufenthalter während der Zwischensaison.

Entfällt die Nachdeckung, 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 obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG, so werden Taggeldleistungen nur erbracht, sofern der UVG-Versicherer leistungspflichtig ist.

**8.2.5. Ruhen der Leistungen bei Mutterschaft**  
Während des Anspruchs auf Mutterschaftsleistungen nach Erwerbsersatzgesetz (EOG) oder auf Geburtengeld aus dieser Versicherung ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

**8.2.6. Geburtengeld**  
Das Geburtengeld ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (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.

### **8.3. Leistungsbeginn**

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit.

Die Wartezeit 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 Wartezeiten 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.

#### **8.4.2. Anrechnung der Wartezeit**

Die vereinbarte Wartezeit 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 12 Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfallles.

#### **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

Keinen Kurzaufenthalter jedes Jahr in die versicherte Unternehmung zurück, wird die Anstellungsdauer aufgrund der in der Unternehmung gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate angerechnet.

#### **8.4.5. 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 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 Wartezeit ausgerichtet.

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

#### **8.4.6. 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, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

Die gleiche Regelung gilt auch für den Betriebsinhaber und seine im Betrieb mitarbeitenden, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführten Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern).

#### **8.4.7. Anrechnung bei Vertragsübernahme**

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

### **8.5. Leistungsbeschränkungen**

#### **8.5.1. Leistungsausschluss**

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Arzt oder Chiropraktor ausgestellt wurde,
- bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25% beträgt,
- wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung seitens des Versicherungsnehmers erfolgt ist,
- nach Beendigung des Versicherungsvertrages,
- während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes,
- wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
- wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde,
- bei Schädigungen aus Atomenergie,
- wenn die versicherte Person während einer Arbeitsunfähigkeit ohne Zustimmung der Kasse die Schweiz vorübergehend verlässt bis zur Rückkehr in die Schweiz.

8.5.2. Leistungseinschränkungen  
Leistungen können gekürzt werden:

- a) wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- b) 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,
- c) wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

Minimale Leistungen (Leistungsdauer gemäss Skaladeckung) werden ausgerichtet:

- a) für versicherte Temporärkräfte,
- b) während eines nicht beruflich veranlassten Auslandsaufenthaltes. Für die Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland werden die vollen versicherten Leistungen ausgerichtet,
- c) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,
- d) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen,
- e) für epidemische Erkrankungen.

8.5.3. 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 die Kasse 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 der Kasse 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, der Kasse zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung.

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

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, hat die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer der Kasse 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.

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

Auf Verlangen der Kasse oder des Versicherungsnehmers hat die versicherte Person

- sich durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt der Kasse untersuchen zu lassen. Die Kosten dafür trägt der Versicherer.
- bereits am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit einen Arzt zu konsultieren.

### 9.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer stellt bei Unfall der Kasse 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 der Kasse von der Schweigepflicht. Die Kasse kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen.

Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer erteilen der Kasse unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind der Kasse Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen.

Die Kasse kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

### 9.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwer wiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB in unentschuldbarer Weise verletzt.

### 9.5. Quellensteuer

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

## 10. Prämien und Zahlungen

### 10.1. Prämienberechnung

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

Bruttolöhne nicht AHV-pflichtiger Personen sind ebenfalls für die Prämienberechnung massgebend.

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

Der Versicherungsprämienatz der versicherten Lohnsumme ist in der Versicherungs-Police geregelt.

## **10.2. Prämienzahlung**

---

### **10.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit**

Der Versicherer erstellt 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.

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

### **10.2.2. Schlussabrechnung**

Die Kasse 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 der Kasse zu retournieren. Gestützt auf diese Angaben berechnet die Kasse die endgültigen Prämienbeträge und erstellt eine entsprechende Schlussabrechnung. Bei Saldi unter CHF 10.- erfolgt keine Nachzahlung resp. Rückerstattung.

### **10.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung**

Die Kasse hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

### **10.2.4. 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 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.

### **10.2.5. 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 die Versicherungsnehmerin oder 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.

Wird die ausstehende Akonto-Prämie resp. Schlussabrechnung nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

## **10.3. Prämienbefreiung im Schadenfall**

---

So lange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht, resp. Leistungen im Rahmen der Nachdeckung 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.

## **10.4. Prämienanpassung**

---

Eine Prämienänderung aufgrund des Schadenverlaufs kann dann vorgenommen werden, wenn die Leistungen (inklusive den Rückstellungen) innerhalb der Beobachtungsperiode 75% der Prämien übersteigen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und mindestens 2 vorangegangene Kalenderjahre.

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.

## **10.5. 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 resp. die Kasse kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

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

## **10.6. Leistungsausrichtung**

---

### **10.6.1. 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 gezahlt.

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

#### 10.6.2. 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 ausgezahlt.

#### 10.6.3. Verrechnung

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

#### 10.6.4. Verpfändung und Abtretung

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

#### 10.6.5. Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer verjährt in 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 die Kasse 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, wieviel 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 Taggeldleistungen um den Betrag der Leistungen aus Sozialversicherungen 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, Familienzulagen in der Landwirtschaft etc.) an ÖKK Versicherungen 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, mit Ausnahme der Sozialversicherungen, 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 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 Wartezeit 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, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, Familienzulagen in der Landwirtschaft etc.) gehen.

#### 11.3.3. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

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

## 12. Mitteilungen

Mitteilungen der Kasse oder 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 GAV oder der BVG-Bestimmungen, sind der Kasse innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

## 13. Gerichtsstand

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

## 14. Inkraftsetzung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmen (VVG) treten am 1. Januar 2007 in Kraft. Sie ersetzen die bisherigen Versicherungsbestimmungen.