ÖKK ERWERBSAUSFALL-VERSICHERUNG (KVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2021

ÖKK

ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (KVG)

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 1. 5. 2021

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**4**
1.1	Zweck	4
1.2	Versicherungsträger	4
1.3	Vertragsgrundlagen	4
1.4	Versicherungspolice	4
1.5	Krankenversicherungsgesetz und Sozialversicherungsrecht	4
2.	**Versicherter Personenkreis**	**4**
2.1	Versicherungsnehmer	4
2.2	Versicherte Personen	4
3.	**Örtliche Geltung**	**4**
3.1	Allgemeines	4
3.2	Ins Ausland entsandte Arbeitnehmer	4
3.3	Auslandaufenthalt bei Erkrankung	4
4.	**Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages**	**4**
4.1	Vertragsbeginn	4
4.2	Vertragsdauer	4
4.3	Vertragsbeendigung	4
5.	**Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes**	**5**
5.1	Beginn des Versicherungsschutzes	5
5.2	Ende und Unterbruch des Versicherungsschutzes	5
5.3	Ruhen der Leistungspflicht bei einem Arbeitsunterbruch	5
5.4	Übertritt in die Einzelversicherung	5
6.	**Versicherungsumfang**	**5**
6.1	Höhe des versicherten Taggeldes	5
6.2	Bemessungsgrundlage	6
6.3	Maximaldeckung	6
7.	**Leistungen**	**6**
7.1	Leistungsvoraussetzungen	6
7.2	Leistungsumfang	6
7.3	Wartefrist	7
7.4	Leistungsbeginn	7
7.5	Leistungsdauer	7
7.6	Leistungsbeschränkungen	7
8.	**Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**	**8**
8.1	Pflichten im Schadenfall	8
8.2	Schadenminderung	8
8.3	Auskunftspflicht	8
8.4	Quellensteuer	8
9.	**Prämien und Zahlungen**	**8**
9.1	Prämienberechnung	8
9.2	Massgebliche Lohnsumme	8
9.3	Prämienzahlung	8
9.4	Prämienbefreiung im Schadenfall	9
9.5	Prämiengarantie	9
9.6	Prämienanpassung	9
9.7	Überschussbeteiligung	9
9.8	Leistungsausrichtung	9
10.	**Leistungskoordination**	**10**
10.1	Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung	10
10.2	Leistungsverzicht	10
10.3	Regress	10
11.	**Datenschutz**	**10**
11.1	Grundsatz	10
11.2	Bearbeitungszweck	10
11.3	Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung	10
11.4	Aufbewahrung der Daten	10
12.	**Mitteilungen**	**10**
13.	**Gerichtsstand**	**10**

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

Sie finden die jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen unter www.oekk.ch/avb-uk oder in Ihrer ÖKK Agentur.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Zweck

Die ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (KVG) dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Unfalls, Krankheit oder Mutterschaft entstanden ist.

Der Unfall ist nur dann versichert, wenn dies ausdrücklich vereinbart ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

1.3 Vertragsgrundlagen

Als Grundlagen des Vertrages gelten

- der Versicherungsantrag, inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen,
- die Versicherungspolice,
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB),
- die in der Versicherungspolice aufgeführten Reglemente,
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG),
- das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und
- die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

1.4 Versicherungspolice

In der Versicherungspolice werden die Versicherungsdeckungen und der Versicherungsumfang festgelegt.

BB oder Vereinbarungen, die von den AVB abweichen oder diese ergänzen, sind ebenfalls in der Versicherungspolice vermerkt.

1.5 Krankenversicherungsgesetz und Sozialversicherungsrecht

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

2. Versicherter Personenkreis

2.1 Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist das in der Versicherungspolice mit seinen zugehörigen Unternehmensteilen beschriebene Unternehmen.

2.2 Versicherte Personen

2.2.1 Arbeitnehmer

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

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

Grenzgänger sind den in der Schweiz wohnhaften Personen im Rahmen der Abkommen zwischen der Schweiz und der EU bzw. der EFTA grundsätzlich gleichgestellt.

Weiter können auf Grund besonderer Vereinbarung versichert werden

a) Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Grenzgänger noch Entsandte noch Kurzaufenthalter sind,
b) Arbeitnehmer, die in der Schweiz angestellt aber aufgrund der Abkommen zwischen der Schweiz und der EU bzw. der EFTA nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

2.2.2 Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind

a) das dem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal,
b) Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind,
c) Personen, die bei Eintritt in das Unternehmen das 65. Altersjahr zurückgelegt haben.

3. Örtliche Geltung

3.1 Allgemeines

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. Die Versicherung wird vom Versicherer auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert.

3.3 Auslandaufenthalt bei Erkrankung

Begibt sich ein erkrankter Versicherter, der Anspruch auf Leistungen hat, ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen, sofern der Versicherer nicht vorher zugestimmt hat.

Bei Grenzgängern gelten der Wohnstaat und die Schweiz als Inland.

4. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

4.1 Vertragsbeginn

Versicherungsbeginn ist das auf der Versicherungspolice vereinbarte Datum.

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres möglich.

4.2 Vertragsdauer

4.2.1 Im Allgemeinen

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

4.2.2 Vertragsverlängerung

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

4.3 Vertragsbeendigung

4.3.1 Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich.

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

Bei Kündigung des Versicherungsvertrages kann der Versicherer dem Versiche-

rungsnehmer ein neues Versicherungsangebot mit neuer Laufzeit unterbreiten.

4.3.2 Erlöschen des Versicherungsvertrages
Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung

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

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

a) bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug (Artikel 9.3.5),
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 der Versicherungsnehmer im Verlauf des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden.

4.3.4 Kündigungsverzicht im Schadenfall
Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, im Schadenfall den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

5. Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da der Arbeitnehmer sich auf den Weg zur Arbeit begibt.

5.2 Ende des Versicherungsschutzes

Für den Versicherten endet der Versicherungsschutz

a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
b) bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
c) mit der endgültigen Erschöpfung des Leistungsanspruchs,
d) im Todesfall,
e) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

5.3 Ruhen der Leistungspflicht bei einem Arbeitsunterbruch

Bei einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Während dieser Zeit ruht jedoch die Leistungspflicht.

Dies ist nicht der Fall bei Arbeitsunterbrüchen durch Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie bei Dienstleistungen in der Schweizer Armee, im Zivildienst oder Zivilschutz.

5.4 Übertritt in die Einzelversicherung

5.4.1 Übertrittsrecht
Jeder Versicherte, der den Bestimmungen über den freien Personenverkehr untersteht, kann ohne Prüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelversicherung nach KVG übertreten

– mit Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung,
– mit Ende des Leistungsbezuges oder
– mit Ende des Kollektivvertrages.

Das Übertrittsrecht ist innert drei Monaten seit der Mitteilung des Arbeitgebers 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 Kollektivvertrages.

Gültig sind die im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung unter Berücksichtigung des im Kollektivvertrag massgebenden Eintrittsalters.

5.4.2 Informationspflicht des Arbeitgebers
Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherten

a) bei dessen Ausscheiden aus dem Unternehmen
b) bei Ende des Kollektivvertrages

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 bleibt der Versicherte in der Kollektivversicherung.

5.4.3 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 und unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln.

5.4.4 Anrechnung bereits bezogener Leistungen
Bereits bezogene Leistungen

a) aus dieser Kollektivversicherung
b) bei früheren Versicherern

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

5.4.5 Ausschluss des Übertrittsrechts
Kein Übertrittsrecht besteht

a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Erwerbsausfallversicherung,
b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
c) wenn die Leistungen aus dem Kollektivvertrag erschöpft sind,
d) wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat,
e) wenn der Versicherte seinen Wohnsitz im Ausland hat und nicht den Bestimmungen über den freien Personenverkehr untersteht,
f) während der Dauer einer provisorischen Deckungszusage.

6. Versicherungsumfang

6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

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

6.2 Bemessungsgrundlage

6.2.1 Grundsatz

Bemessungsgrundlage für Taggelder ist das durch den Versicherungsfall tatsächlich entgangene Erwerbseinkommen.

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

6.2.2 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 Rechtsanspruch besteht. Steuerliche oder AHV-Freibeträge für Personen im AHV-Alter beeinflussen die Höhe der Bemessungsgrundlage nicht.

Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder generelle Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn ein Rechtsanspruch besteht oder wenn diese nachweislich vor Eintritt des Leistungsfalles vereinbart worden sind.

Familienzulagen, die als Kinder- oder Ausbildungszulagen nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) und der Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) durch die Familienausgleichskassen an die Arbeitnehmer ausgerichtet werden, gelten als entgangenes Erwerbseinkommen und sind mitversichert.

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

Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

6.2.3 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.

6.2.4 Geschäftsführer

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

6.2.5 Erhöhung der Versicherungsdeckung

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

Ein allfälliger Vorbehalt erfolgt nur auf der Versicherungserhöhung.

6.3 Maximaldeckung

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

7. Leistungen

7.1 Leistungsvoraussetzungen

7.1.1 Grundsatz

Leistungsvoraussetzung ist eine medizinisch begründete objektivierbare Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (bzw. Unfall oder Geburt, soweit das fragliche Risiko eingeschlossen ist).

Die Versicherung erbringt Leistungen, wenn

a) der Versicherte infolge Krankheit, Mutterschaft oder (sofern vereinbart) Unfall zu mindestens 25 % arbeitsunfähig ist,
b) ein ärztliches Zeugnis über die Arbeitsunfähigkeit vorgelegt wird.

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

7.1.2 Krankheit

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

7.1.3 Unfall

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

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

7.1.4 Mutterschaft

Der Anspruch auf Taggeld bei Mutterschaft entsteht, wenn die Versicherte bis zum Tag der Entbindung während mindestens 270 Tagen versichert war und die Versicherung nicht länger als drei Monate unterbrochen war.

7.1.5 Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

7.1.6 Ärztliches Zeugnis

Die Arbeitsunfähigkeit muss durch eine ärztliche Bescheinigung belegt werden. 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 Tage möglich.

7.2 Leistungsumfang

7.2.1 Im Allgemeinen

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

Die insgesamt erbrachten Taggeldleistungen dürfen den dem Versicherten durch den Versicherungsfall entgangenen Verdienst resp. die vereinbarte feste Lohnsumme nicht übersteigen.

7.2.2 Erfüllung Gesamtarbeitsvertrag (GAV)

Unterstehen die Arbeitnehmer einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) mit anderslautenden Bedingungen, gelten diese nur, sofern und soweit mit dem Versicherungsnehmer ausdrücklich eine GAV-konforme Deckung für den versicherten Personenkreis im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

7.2.3 Teilweise Arbeitsunfähigkeit
Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

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

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

7.2.5 Familienzulagen
Es besteht ein Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen, welche nach den Bestimmungen des Familienzulagengesetzes (FamZG) und der Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) 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 bei der Taggeldleistung berücksichtigt, sofern es sich um ein versichertes Ereignis handelt.

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

7.2.6 Leistung bei Mutterschaft
Bei Mutterschaft wird das Taggeld während 16 Wochen ausgerichtet, davon müssen mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen.

Die Mutterschaftsleistungen nach dem Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) werden an die Leistung aus dieser Versicherung angerechnet. Die vereinbarte Wartefrist entfällt.

Die Leistung bei Mutterschaft wird nicht an die maximale Bezugsdauer angerechnet.

7.2.7 Vorbehalt
Der Versicherer kann bei Vertragsabschluss oder Deckungserhöhung Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Antragstellung bereits bestehen oder erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen.

Der Vorbehalt entfällt nach Ablauf von fünf Jahren oder wenn der Versicherte nachweist, dass er nicht mehr gerechtfertigt ist.

7.3 Wartefrist
Die vereinbarte Wartefrist ist in der Versicherungspolice aufgeführt. Sie beginnt an dem Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, wird die Wartefrist für jede Krankheit oder jeden Unfall neu berechnet.

7.4 Leistungsbeginn
Die Leistung beginnt am Tag nach Ablauf der Wartefrist.

Während eines unbezahlten Urlaubs beginnt die Leistung frühestens am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit während des unbezahlten Urlaubs werden an die Wartefrist und die Leistungsdauer angerechnet.

7.5 Leistungsdauer
7.5.1 Grundsatz
Die Leistungsdauer beträgt 720 Tage innerhalb von 900 Tagen für eine oder mehrere Erkrankungen.

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während maximal 720 Tagen (abzüglich Wartefrist) innerhalb von maximal 900 Tagen geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

Eine drohende Aussteuerung darf nicht durch einen vorübergehenden Leistungsverzicht verunmöglicht werden.

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

7.5.3 Kürzung infolge Überversicherung
Wird die Leistung infolge Überversicherung bei Krankheit und Unfall gekürzt, verlängert sich die Bezugsdauer so lange, bis der volle Leistungsanspruch erschöpft ist.

7.5.4 Familienzulagen
Die Familienzulagen nach den Bestimmungen des FamZG und FLG sind bei Wegfall der Auszahlungspflicht der kantonalen Familienausgleichskasse während der gesamten Leistungsdauer mitversichert.

7.5.5 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.

7.5.6 AHV-Alter
Taggelder ab Erreichen des AHV-Alters werden nur ausbezahlt, sofern der Versicherte oder der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass das Arbeitsverhältnis bei Bestehen der Arbeitsfähigkeit befristet oder unbefristet angedauert hätte. Bei einem befristeten Arbeitsvertrag dauert der Leistungsanspruch nur so lange, wie das Arbeitsverhältnis angedauert hätte. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, endet der Anspruch auf Taggelder ab Erreichen des AHV-Alters.

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

7.6 Leistungsbeschränkungen
7.6.1 Kürzung und Verweigerung von Leistungen
Der Versicherer kann Geldleistungen vorübergehend oder dauernd kürzen oder in schweren Fällen verweigern, sofern die Bedingungen gemäss Artikel 21 ATSG erfüllt sind.

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

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

8.1 Pflichten im Schadenfall

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

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

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

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

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

8.2 Schadenminderung

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

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

Der Versicherte, der in seinem angestammten Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, seine allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten.

Auf Verlangen des Versicherers oder des Versicherungsnehmers hat der Versicherte

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

8.3 Auskunftspflicht

Der Versicherte resp. der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität.

Der Versicherte resp. der Versicherungsnehmer, der Versicherungsleistungen beansprucht, ermächtigt alle betroffenen Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung des Leistungsanspruchs und für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet (Artikel 28 ATSG).

8.4 Quellensteuer

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

9. Prämien und Zahlungen

9.1 Prämienberechnung

9.1.1 Grundsatz

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

Bei der Tarifierung wird die Risikoprämie für eine Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes berechnet.

9.1.2 Risikoprämie Risikogemeinschaft

Die Risikoprämie einer Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) wird jährlich neu berechnet.

9.1.3 Individuelle Prämie Einzelvertrag

Dem Versicherungsnehmer wird anhand seines individuellen Versicherungsrisikos entweder die Risikoprämie der Risikogemeinschaft oder eine reduzierte/erhöhte Risikoprämie durch einen Abschlag/Zuschlag in Prozent der Risikoprämie zugeteilt. Daraus ergibt sich die individuelle Risikoprämie des Einzelvertrages.

Das individuelle Versicherungsrisiko ist abhängig von der Vertragsgrösse, der individuellen Schadenerfahrung/-frequenz und der Zusammensetzung des Versichertenbestandes (z. B. Altersstruktur und Geschlecht).

9.2 Massgebliche Lohnsumme

Für die Prämienberechnung massgebend ist die im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme der Versicherten. 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.

9.3 Prämienzahlung

9.3.1 Rechnungsstellung und Fälligkeit

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

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

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

9.3.2 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 20 wird auf eine Nachzahlung oder Rückerstattung verzichtet. 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.

9.3.3 Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung

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

9.3.4 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 Versicherungsvertrag im Schadenfall kündigt und der Versicherungsvertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

9.3.5 Zahlungsverzug
Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 14 Tagen nicht erfüllt, 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.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Nach Ablauf der Mahnfrist ruht die Leistungspflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer. Die Leistungspflicht lebt wieder auf, sobald die ausstehenden Prämien einschliesslich der Verzugszinsen sowie Mahn- und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind.

Im Falle eines Prämienverzugs behält sich der Versicherer ausserdem das Recht vor, den Kollektivvertrag ausserhalb der ordentlichen Kündigungsfrist aufzulösen.

9.4 Prämienbefreiung im Schadenfall
Solange das Arbeitsverhältnis beim versicherten Unternehmen besteht, entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Versicherten mit fester Lohnsumme.

Vorbehalten bleibt die Belastung der jährlich vereinbarten Minimalprämie gemäss Versicherungspolice.

9.5 Prämiengarantie
Für die vereinbarte Vertragsdauer wird eine Prämiengarantie gewährt.

9.6 Prämienanpassung
Der Versicherer kann die Prämien infolge Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft und infolge der individuellen Schadenerfahrung des Einzelvertrages anpassen. Eine Anpassung der Prämie als Folge einer Kombination der beiden Eigenschaften ist möglich.

9.6.1 Infolge Kostenentwicklung der Risikogemeinschaft
Auf Vertragsende ist eine Prämienanpassung aufgrund der kollektiven Kostenentwicklung einer Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes möglich.

Eine Prämienanpassung ist zudem möglich, wenn die Einstufung des Vertrages zum Zeitpunkt der Vertragsverlängerung wesentlich (Abweichung mindestens 20 %) unter dem vorgegebenen Risikoprämiensatz der Risikogemeinschaft (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) auf Basis des NOGA-Codes liegt. Dies ist auch bei schadenfreien Verträgen oder solchen mit geringer Schadenbelastung möglich. In einem solchen Fall wird maximal der Risikoprämiensatz (gleichartige Betriebsarten/-tätigkeiten) erhoben.

9.6.2 Infolge individueller Schadenerfahrung des Einzelvertrages
Auf Vertragsende ist eine Prämienanpassung möglich, wenn die Summe der Leistungen für die in der Beobachtungsperiode eingetretenen Schadenfälle (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) die Risikoprämien des Einzelvertrages übersteigt.

Die Beobachtungsperiode ist für die Beurteilung der individuellen Schadenerfahrung massgebend. Sie umfasst die bisherige Vertragsdauer, aber maximal 6 der Anpassung vorangehende Jahre.

Bei der Festsetzung der neuen Prämienhöhe wird auch die Schadenerfahrung/-frequenz und die Zusammensetzung des Versichertenbestandes (z.B. Altersstruktur und Geschlecht) berücksichtigt.

9.6.3 Mitteilungsfrist
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. Im Übrigen bleiben die Vertragsvereinbarungen sowie die Laufzeit des Versicherungsvertrages unverändert.

9.7 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 Versicherungspolice erwähnt.

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

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

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

9.8 Leistungsausrichtung
9.8.1 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 Taggeldleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an den Versicherten ausgerichtet, solange dieser beim Versicherungsnehmer angestellt ist.

9.8.2 Auszahlung des Taggeldes bei Mutterschaft
Das versicherte Taggeld wird dem Versicherungsnehmer nach der Niederkunft auf Grund des Nachweises über die Leistungen nach EOG zur Weiterleitung an die Versicherte ausbezahlt.

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

9.8.4 Verpfändung und Abtretung
Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

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

10. Leistungskoordination

10.1 Kürzung, Überentschädigung und Rückforderung

10.1.1 Grundsätze
Treffen bei einem gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall Leistungen des Versicherers mit gleichartigen Leistungen anderer Sozialversicherer zusammen, gehen die Leistungen der anderen Sozialversicherungen vor.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber anderen Sozialversicherern besteht keine Leistungspflicht.

10.1.2 Überentschädigung
Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst bzw. die im Voraus vereinbarte feste Lohnsumme übersteigen.

10.1.3 Kürzungen im Bereich Sozialversicherungen
Die Taggeldleistungen werden im Nachgang zu Leistungen anderer Sozialversicherungen (Taggelder, Renten etc.) gewährt und um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.

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

10.1.4 Kürzungen im Bereich Mehrfachversicherung
Sind mehrere Sozialversicherer für Taggelder gemäss Artikel 67–77 KVG leistungspflichtig, ist der Versicherer für den Schaden im Verhältnis leistungspflichtig, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bestehende oder neu abgeschlossene Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

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

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

10.1.6 Rückforderung
Entsteht trotz der Kürzungsmöglichkeit eine Überentschädigung, kann der Versicherer die zu viel erbrachten Leistungen zurückfordern, die künftigen Leistungen kürzen oder mit den Leistungen von anderen Sozialversicherern direkt verrechnen. Der Versicherer kann insbesondere Leistungen direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurückfordern.

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

10.3 Regress
Die Versicherten sind verpflichtet, den Versicherer über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. andere Sozialversicherungen, private Vorsorge-Versicherer, Haftpflichtversicherer etc.) umgehend zu informieren, sofern der Versicherer im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.

Gegenüber einem Dritten, der für den gleichen Versicherungsfall haftet, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein (Artikel 72 Abs. 1 ATSG).

11. Datenschutz

11.1 Grundsatz
Die Bearbeitung der Daten von Versicherten richtet sich nach den Bestimmungen des KVG sowie des ATSG.

11.2 Bearbeitungszweck
Der Versicherer bearbeitet nur Daten (z.B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Leistungsabwicklung), die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach KVG erforderlich sind. Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

11.3 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 des Versicherten Auskunft.

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

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

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

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

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

ÖKK

0800 822 022
unternehmen@oekk.ch
www.oekk.ch

ÖKK400d/05.21