

Allgemeine Versicherung Bedingungen CGC 001

Die Grundlagen des Vertrags sind :

- der schriftliche Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer;
- die Allgemeinen Versicherung Bedingungen und die Zusätzlichen Bedingungen;
- soweit nichts anderes vorgesehen ist, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

Kapitel I. Umfang der Versicherung

Art. 1. Versicherte Leistungen

Die Versicherung deckt im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen, die auf ein versichertes Ereignis zurückzuführen sind.

Art. 2. Definitionen

Versicherer: ACE Versicherungen (Schweiz) AG

Vertreter des Versicherers: Boss Insurance Services SA

Versicherte Personen

- Versichert sind diejenigen Personen, welche zu dem im Vertrag bezeichneten Personenkreis gehören, zum Arbeitgeber in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und das 65. Altersjahr noch nicht erreicht haben.
- Folgende Personen sind aufgrund besonderer Vereinbarung auch versichert: der mit fixer Lohnsumme Betriebsinhaber.

Krankheit

Jede vom Willen der versicherten Person unabhängige Störung der Gesundheit, die ärztliche Behandlung erfordert und die nicht auf einen Unfall oder Unfallfolgen zurückzuführen ist.

Gebrechen

Verlust oder dauernde Schädigung einer Körperfunktion oder eines Organs.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines versicherten Ereignisses ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Arzt

Ein zur Berufsausübung zugelassener, eidgenössisch diplomierter oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesener Arzt.

Chiropraktor

Ein zur Berufsausübung zugelassener Chiropraktor mit einem vom Kanton ausgestellten und vom Bundesrat anerkannten Fähigkeitsausweis.

Franchise

Der in der Police festgelegte Zeitraum, während dem keine Versicherungsleistungen geschuldet werden.

Art. 3. Versicherungsgeltung

Die Versicherung gilt weltweit, aber:

3.1. Erkrankung und Auslandsaufenthalt

Erkrankt eine versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes, so werden die Leistungen während der Dauer der Landesabwesenheit für längstens 90 Tage pro Schadensfall erbracht, für den die Wartefrist neu zu laufen beginnt. Eine erkrankte versicherte Person, die sich ohne Zustimmung der Gesellschaft ins Ausland begibt, hat erst vom Zeitpunkt ihrer Rückkehr wieder Anspruch auf Leistungen.

3.2. Ausländische Versicherte

Erkrankt eine versicherte Person ohne Niederlassungs- oder Jahresaufenthaltsbewilligung während sie sich im Ausland aufhält, erlischt der Leistungsanspruch spätestens mit dem Ablauf der Frist, bis zu welcher der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Lohnzahlung verpflichtet ist. Der Anspruch beträgt jedoch im Maximum 90 Tage pro Schadenfall, für den die Wartefrist neu zu laufen beginnt.

3.3. Grenzgänger

Für Grenzgänger gelten diese Leistungseinschränkungen (3.1. und 3.2.) nicht, solange sie sich im Grenzgebiet aufhalten.

Art. 4. Versicherungsschutz

4.1. Versicherungsbeginn

- Der Versicherungsschutz beginnt am Tag an dem der Arbeitnehmer aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, frühestens jedoch an dem im Vertrag aufgeführten Beginn.
- Für Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind, ist eine Anmeldung einzureichen. Zur Prüfung des Risikos kann die Gesellschaft medizinische Auskünfte einholen oder eine ärztliche Untersuchung verlangen. Der Versicherungsschutz beginnt mit der schriftlichen Annahmeerklärung durch die Gesellschaft.

4.2. Versicherungsende

Für die einzelnen versicherten Personen erlischt der Versicherungsschutz für sämtliche für sie versicherten Leistungen:

- mit dem Erlischen des Vertrages;
- mit dem Tod;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- sobald die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist;
- mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- mit Erreichen des 65. Altersjahres;

- für den Betriebsinhaber und für seine mitversicherten Familienglieder (Ehegatte, Eltern, Kinder) für welche er keine AHV abrechnet, bei Aufgabe oder Unterbruch derjenigen Tätigkeit, die bei Abschluss der Versicherung für die Beurteilung des Risikos massgebend war. Der Versicherungsnehmer hat dies der Gesellschaft innert 30 Tagen zu melden;
- mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt;
- sobald sich die versicherte Person während mehr als 12 aufeinanderfolgende Monate ausserhalb Europas aufhält, ab dem 90. Tag des Aufenthaltes.

4.3. Fortsetzung des Versicherungsschutzes

Die versicherte Person hat das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung (Artikel 18 AB) wenn sie als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung (AVIG) gilt.

4.4. Wann erlischt der Anspruch auf Versicherungsleistungen?

In den Fällen von Art. 4.2.a9 und c) bezahlt die Gesellschaft das Taggeld nur für Krankheiten, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes eine Arbeitsunfähigkeit bewirken. Diese Nachleistungen werden in diesen Fällen bis zum Ablauf der im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch während 730 Tagen, nur dann erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache und höchstens im bisherigen Grad ununterbrochen andauert. Für den Betriebsinhaber, der mit einer fixen Lohnsumme versichert ist, wird die Nachleistung längstens während 180 Tagen bezahlt. Hat die versicherte Person nicht in der Schweiz zivilrechtlichen Wohnsitz, entfällt die Nachleistung auch in den Fällen gemäss Art. 4.2. Für Grenzgänger, die sich im Grenzgebiet aufhalten, wird die Nachleistung während längstens 90 Tagen erbracht. Wenn der Versicherungsschutz aus einem der übrigen in Art. 4.2. genannten Gründen erlischt, entfällt die Nachleistung.

Kapitel II. Ausschlüsse

Art. 5. Generelle Ausschlüsse

Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen, welche von der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), aus der Unfall-Zusatzversicherung dieses Vertrages oder einer anderweitigen privaten Unfallversicherung übernommen werden;

Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft;

Krankheiten infolge von Kriegsereignissen, bürgerlichen Unruhen und ionisierenden Strahlungen aller Art. Strahlenschäden, verursacht durch ärztliche Behandlung von versicherten Krankheiten, sind jedoch gedeckt;

Während der Dauer der Untersuchungshaft, des Vollzuges einer strafrechtlichen Sanktion, die mit einem Freiheitsentzug verbunden ist, sowie der fürsorglicher Freiheitsentzug, besteht kein Anspruch auf Taggeld. Eine Arbeitsunfähigkeit, die während dieser Dauer eintritt, bleibt auch nach der Entlassung bis zur Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit von der Versicherung ausgeschlossen.

Art. 6. Zeitlich begrenzter Ausschluss

Krankheiten und Gebrechen, welche bei Beginn des Vertrages oder bei Arbeitsantritt (nach Beginn des Vertrages) bereits eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit bewirken, bleiben bis zur vollen Arbeitsaufnahme von der Versicherung ausgeschlossen.

Kapitel III . Schadenfälle

Art. 7. Obliegenheit im Schadenfall

7.1. Vorgehen

Gibt eine Krankheit voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen,

- ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.
- hat der Versicherungsnehmer dies der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular wie folgt zu melden: bei Wartefrist bis 30 Tagen, innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartefrist bei Wartefrist 31 und mehr Tagen, spätestens bei Ablauf der Wartefrist

Zur Begründung des Anspruches hat der Versicherungsnehmer, bzw. die versicherte Person die erforderlichen Arztzeugnisse mit Angabe der vollständigen Diagnose beizubringen. Die versicherte Person hat die Ärzte, die sie behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst der Gesellschaft zu entbinden.

7.2. Auskunftspflicht

Die Gesellschaft ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen, sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse zu verlangen. Auf Verlangen hat sich die versicherte Person einer Untersuchung durch einen von der Gesellschaft bestimmten Arzt zu unterziehen.

7.3. Schadenminderung

Ist die versicherte Person imstande eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben, wird sie von der Gesellschaft unter Ansetzung einer angemessenen Frist aufgefordert, ihre bisherige Tätigkeit anzupassen oder eine andere entsprechende zumutbare Tätigkeit anzunehmen. Der Arbeitgeber hat bei längeren Arbeitsunfähigkeiten die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu fördern und der versicherten Person eine andere angemessene Arbeit zuzuweisen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, ihre Ansprüche bei den zuständigen Sozialversicherungsstellen fristgerecht anzumelden.

Bei Anspruch auf Taggeld hat, ohne anderslautende schriftliche Vereinbarung, eine regelmässige ärztliche Kontrolle (mindestens alle 4 Wochen) stattzufinden.

Wenn dies für die Heilung zweckmässig erscheint, hat die versicherte Person in ein Spital einzutreten.

7.4. Informationspflicht

Der Versicherungsnehmer informiert jeden Versicherten schriftlich über die Verhaltenspflichten im Schadenfall.

Art. 8. Auszahlung an den Versicherungsnehmer bei Quellensteuerpflichtigen

Dem Versicherungsnehmer können der Quellensteuer unterliegende Leistungen ungekürzt überwiesen werden. Er hat in diesem Fall den nach den massgeblichen Steuergesetzen vorgesehenen Steuerabzug vorzunehmen, und allen dem Schuldner der steuerbaren Leistung von Gesetzes wegen obliegenden Pflichten nachzukommen, namentlich rechtzeitig mit den zuständigen Steuerbehörden abzurechnen.

Der Versicherungsnehmer haftet für sämtlichen Schaden, welcher der Gesellschaft aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtungen erwachsen sollte, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

Art. 9. Kürzung der Leistungen

Die Leistungen können im folgenden Fällen gekürzt werden:

9.1. Nichtbefolgen von vertraglichen Obliegenheiten

Wenn die vertraglichen Obliegenheiten im Schadenfall nicht erfüllt werden, hat die Gesellschaft das Recht, ihre Leistungen abzulehnen oder zu kürzen. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung.

9.2. Grobfahrlässigkeit

Die Gesellschaft verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, ihre Leistungen zu kürzen, wenn die versicherte Person die Krankheit grobfahrlässig herbeigeführt hat.

9.3. Aufteilung bei mehreren Gesundheitsschädigungen

Sind Gesundheitsschädigungen nur zum Teil auf versicherte Krankheiten zurückzuführen, werden die Leistungen aufgrund vertrauensärztlicher Gutachten verhältnismässig festgelegt.

Kapitel IV . Prämien

Art. 10. Regelung bei Prämienzahlung

10.1. Grundlage für die Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämien sind:

- Der AHV-Lohn, bis CHF 200'000.- pro Person und Jahr; vorbehalten bleiben andere Vereinbarungen. Die an nicht AHV-pflichtige Personen bezahlten Löhne sind ebenfalls nach den AHV-Normen zu berücksichtigen.

- Wurden fixe Lohnsummen vereinbart, gelten diese, bis CHF 450'000.-

10.2. Vorausprämie und Prämienberechnung

Sind Vorausprämien vereinbart, gibt der Versicherungsnehmer der Gesellschaft nach Erhalt des Deklarationsformulars die für die Prämienabrechnung notwendigen Angaben unter Beilage eines Doppels der AHV-Abrechnung bekannt. Gestützt auf diese Angaben werden die endgültigen Prämienbeträge berechnet. Bei Saldi unter CHF 20.- erfolgt keine Nachbelastung bzw. Rückerstattung.

10.3. Meldepflicht

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht innert der von der Gesellschaft eingeräumten Frist nicht nach, so setzt sie die geschuldeten Prämienbeträge durch Einschätzung fest.

10.4. Akteneinsicht

Die Gesellschaft kann die Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (z.B. Lohnbücher, Lohnabrechnung, etc.) nachprüfen.

10.5. Abweichung von der Vorausprämie

Weicht die definitive Prämie von der Vorausprämie ab, kann diese angepasst werden.

Art. 11. Folgen bei Prämienverzug

11.1. Prämienverzug

Wird die Prämie nicht fristgerecht entrichtet, so fordert die Gesellschaft den Versicherungsnehmer schriftlich unter Hinweis der Säumnisfolgen auf, die ausstehende Prämie samt Kosten innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, zu bezahlen.

11.2. Krankheiten vor Ablauf der Mahnfrist

Krankheiten, die bereits vor Ablauf der Mahnfrist zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, bleiben versichert.

11.3. Krankheiten nach Ablauf der Mahnfrist

Für Krankheitsfälle, die erst nach Ablauf der Mahnfrist zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, ruht der Versicherungsschutz. Für Rückfälle bleibt dieser Deckungsausschluss bestehen.

11.4. Wiederaufleben des Versicherungsschutzes

Jede ruhende Versicherung kann durch die Gesellschaft wieder in Kraft gesetzt werden, wenn sämtliche ausstehenden und fälligen Prämien samt Zins und Kosten bezahlt sind.

Art. 12. Prämienanpassung

12.1. Neuer Prämientarif

Andert während der Vertragsdauer der Prämientarif, so kann die Gesellschaft die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Die neue Prämie wird dem Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekanntgegeben.

12.2. Anpassung auf Vertragsablauf

Auf Ablauf der Vertragsdauer sowie jedes folgenden Versicherungsjahres kann die Gesellschaft die Prämien an den Schadenverlauf sowie die allfällig veränderte Zusammensetzung des versicherten Personenkreises (Alter und Geschlecht) anpassen. Die Gesellschaft teilt dem Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres die neuen Prämienätze mit.

12.3. Kündigungsrecht

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag in seiner Gesamtheit oder nur in Bezug auf die Leistungsart, deren Prämie erhöht wurde, auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag im entsprechenden Umfang mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eintreffen.

12.4. Zustimmung des Versicherungsnehmers

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

Kapitel V . Verschiedene Bestimmungen

Art. 13. Vertragsdauer

13.1. Kündigung im Schadenfall

Bei jedem Schadenfall, für den die Gesellschaft eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage nach Erhalt der Schlusszahlung den Vertrag schriftlich kündigen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung bei der Gesellschaft. Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ist vollumfänglich geschuldet.

Die Gesellschaft verzichtet auf das Kündigungsrecht im Schadenfall.

Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Rücktrittsründe im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmisbrauchs.

13.2. Stillschweigende Erneuerung

Wird der Vertrag nicht mindestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer schriftlich gekündigt, so gilt er jeweils als für ein Jahr erneuert.

Art. 14. Meldestelle

Alle dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person obliegenden Anzeigen und Mitteilungen sind an den Vertreter des Versicherers zu richten.

Art. 15. Gerichtsstand

Der Gerichtsstand richtet sich nach dem Gerichtsstandsgesetz.