

Chubb Affinity - Salary Protection

Kollektivtaggeldversicherung nach VVG

Version 01.09.2020

CHUBB®

Chubb Affinity - Salary Protection

Kollektivtaggeldversicherung nach VVG

Kundeninformation nach Art. 3 VVG und Allg. Versicherungsbedingungen

Version 01.09.2020



Einleitung

Diese Kollektivtaggeldversicherung dient der Absicherung von Unternehmen und deren Mitarbeitenden gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit oder Unfall.

Der Versicherer ist die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (nachfolgend: «Chubb»), eine Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht mit Sitz an der Bärengasse 32 in 8001 Zürich.

Chubb als Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Chubb Affinity - Salary Protection

Kollektivtaggeldversicherung nach VVG

Kundeninformation nach Art. 3 VVG

Version 01.09.2020

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

anbei erhalten Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Wir verwenden aus Gründen der Lesbarkeit nur die männlichen Personen, die weibliche Form ist eingeschlossen.



1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist:

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Bärengasse 32
CH-8001 Zürich

Die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (nachfolgend: «Chubb») ist Teil der Chubb Group unter dem Holdingdach der Chubb Limited, mit Sitz in Zürich, die an der New York Stock Exchange (NYSE) börsennotiert ist. Folglich unterliegt Chubb, zusätzlich zu den Vorgaben der Schweiz sowie anderer nationaler Beschränkungen, gewissen US-amerikanischen Gesetzen und Bestimmungen, die es ihr möglicherweise untersagen, bestimmten natürlichen oder juristischen Personen Versicherungsschutz zu gewähren oder Zahlungen an diese zu leisten bzw. bestimmte Arten von Aktivitäten im Zusammenhang mit bestimmten Ländern wie z.B. dem Iran, Syrien, Nordkorea, Nordsudan und Kuba zu versichern.

2. Anwendbares Recht, Vertragsgrundlagen

Für diesen Versicherungsvertrag gilt Schweizer Recht. Vertragsgrundlagen bilden die Offerte bzw. die Versicherungspolice (nachfolgend «Police»), die Versicherungsbedingungen sowie die anwendbaren Gesetze, insbesondere das Schweizerische Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Nach Annahme der Offerte wird dem Versicherungsnehmer eine Police zugestellt.

3. Versicherte Risiken und Umfang des Versicherungsschutzes

Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Police und aus den Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Chubb Affinity – Salary Protection).

4. Höhe der Prämie

Die Höhe der Prämie hängt von den im Versicherungsvertrag versicherten Risiken und dem gewünschten Umfang der Versicherungsdeckung ab. Alle Angaben zur Prämie und zu allfälligen Gebühren entnehmen Sie der Police.

5. Anspruch auf Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Ablauf einer von den Parteien vereinbarten festen Versicherungsdauer aufgehoben, trifft Chubb die Pflicht der Rückerstattung für den auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallenden Prämienanteil.

6. Pflichten des Versicherungsnehmers

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bei Vertragsabschluss sind Chubb alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen, bekannten Tatsachen vollständig und wahrheitsgemäss mitzuteilen. Gefahrerheblich sind insbesondere die Tatsachen, auf welche die Fragen von Chubb gerichtet sind.

Gefahrsänderung

Ändert sich während der Vertragsdauer eine für die Beurteilung der Gefahr erhebliche Tatsache, deren Umfang die Parteien bei Vertragsabschluss festgestellt haben, hat der Versicherungsnehmer dies Chubb sofort schriftlich anzuzeigen.

Sachverhaltsermittlung

Bei Abklärungen zum Versicherungsvertrag, wie beispielsweise betreffend die Prüfung von Versicherungsleistungen, betreffend Gefahrserhöhungen oder Anzeigepflichtverletzungen hat der Versicherungsnehmer mitzuwirken und Chubb alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, diese bei Dritten zuhanden von Chubb einzuholen und Dritte, falls erforderlich, schriftlich zu ermächtigen, Chubb die entsprechenden Informationen, Unterlagen etc. auszuhändigen. Chubb ist zudem berechtigt, eigene Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen.

Anzeigepflicht im Schadensfall

Nach Eintritt eines Ereignisses, dessen Folgen die Versicherung betreffen können, hat der Versicherungsnehmer Chubb unverzüglich schriftlich Anzeige zu erstatten.

Diese Auflistung enthält nur die gebräuchlichsten Pflichten. Weitere Pflichten ergeben sich aus den Vertragsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen des VVG.

7. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag beginnt an dem Tag, der in der Police aufgeführt ist. Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt Chubb bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten Deckungszusage, resp. gemäss den gesetzlichen Bestimmungen. Der Versicherungsvertrag ist für die in der Police genannte Dauer abgeschlossen. Befristete Versicherungsverträge ohne Prolongationsklausel enden ohne weiteres an dem in der Police festgesetzten Tag.

Der Versicherungsnehmer kann sodann den Versicherungsvertrag durch Kündigung beenden:

- spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrages, bzw. sofern vereinbart 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei Chubb eintrifft. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich aufgrund der vereinbarten Prolongationsklausel jeweils stillschweigend um ein Jahr;
- nach jedem Versicherungsfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, spätestens 14 Tage seit Kenntnis von der durch Chubb geleisteten Auszahlung;
- wenn Chubb die Versicherungsprämien ändert; die Kündigung muss diesfalls spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei Chubb eintreffen, ansonsten die Prämienänderung als genehmigt gilt;
- wenn Chubb die gesetzliche Informationspflicht gemäss Art. 3 VVG verletzt haben sollte, wobei die Kündigung spätestens 4 Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung zu erfolgen hat, auf jeden Fall aber nach Ablauf eines Jahres seit der Pflichtverletzung.

Chubb kann den Vertrag durch Kündigung beenden bzw. der Vertrag endet:

- spätestens drei Monate vor Ablauf des Vertrages bzw., sofern vereinbart, drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist beim Versicherungsnehmer oder dem von ihm beauftragten Versicherungsvermittler eintrifft. Wird der Vertrag durch Chubb nicht gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr;
- wenn erhebliche Gefahrstatsachen durch den Versicherungsnehmer beim Abschluss der Versicherung verschwiegen oder Chubb unrichtig mitgeteilt wurden; das Kündigungsrecht von Chubb erlischt 4 Wochen nach Kenntnisnahme von der Verletzung der Anzeigepflicht.

CHUBB®

- wenn der Versicherungsnehmer mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und Chubb darauf verzichtet hat, die Prämie einzufordern;
- wenn der Versicherungsnehmer seiner Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsermittlung nicht nachkommt; diesfalls ist Chubb berechtigt, nach Ablauf einer schriftlich anzusetzenden vierwöchigen Nachfrist innert 2 Wochen rückwirkend vom Versicherungsvertrag zurückzutreten;
- wenn der Versicherungsnehmer unverzüglich eine eingetretene Gefahrserhöhung meldet. Das Rücktrittrecht erlischt, wenn Chubb nicht innert 14 Tagen seit Erhalt der Mitteilung vom Vertrag zurücktritt. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige einer Gefahrserhöhung, ist Chubb an den Vertrag nicht mehr gebunden.
- im Falle eines Versicherungsbetrugs.

Die Auflistung der Möglichkeiten der Vertragsbeendigung ist nicht abschliessend. Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Vertragsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen des VVG.

8. Bearbeitung der Daten

Chubb bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt. Chubb kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften der Chubb Gruppe unter dem Holdingdach der Chubb zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann Chubb bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Chubb über die Bearbeitung der ihn betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

Chubb Affinity - Salary Protection

Kollektivtaggeldversicherung nach VVG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Version 01.09.2020

Inhaltsverzeichnis



1. Vertragspartner	2
2. Anwendbares Recht, Vertragsgrundlagen	2
3. Versicherte Risiken und Umfang des Versicherungsschutzes	2
4. Höhe der Prämie	2
5. Anspruch auf Prämienrückerstattung	2
6. Pflichten des Versicherungsnehmers	33
7. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages	3
8. Bearbeitung der Daten	4
1. Zustandekommen der Versicherung und beteiligte Parteien	6
2. Was sind die vertraglichen Grundlagen?	6
3. Wo gilt die Versicherung?	6
4. Allgemeine Begriffsbestimmungen	6
5. Versicherter Personenkreis	7
6. Wie hoch ist das versicherte Erwerbseinkommen?	7
7. Wann beginnt und endet die Versicherung?	8
8. Welche Einschränkungen oder Ausschlüsse des Versicherungsschutzes gelten?	9
9. Welche Obliegenheiten muss ich beachten?	9
10. Was gilt bei Mehrfachversicherung bzw. Überentschädigung?	10
11. Welche Leistungen werden erbracht?	10
12. Wann beginnt die Leistungspflicht?	12
13. Wie wird die Wartefrist angerechnet?	12
14. Wie lange werden die Leistungen erbracht?	12
15. Was führt zu Leistungsunterbruch?	13
16. Was gilt bei Probezeit, befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen?	13
17. Wann werden Leistungen gekürzt?	13
18. Wie wird das Taggeld berechnet?	13
19. Wann sind die Leistungen fällig und an wen werden sie bezahlt?	14
20. Was muss ich in Bezug auf die Prämie beachten?	14
21. Was gilt bei Prämienänderungen?	15
22. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	15
23. Was gilt bei Übertritt in die Einzelversicherung?	15
24. Welches Gericht ist zuständig?	16
25. Beauftragung eines Dritten	16
26. An wen sind die Mitteilungen zu richten?	16
27. Wer ist Ihr Versicherer?	16

Der Versicherungsumfang

1. Zustandekommen der Versicherung und beteiligte Parteien

Die Kollektivtaggeldversicherung der Chubb Versicherungen (Schweiz) AG, nachfolgend „der Versicherer“, bietet Versicherungsschutz gegen wirtschaftliche Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen.

2. Was sind die vertraglichen Grundlagen?

Vertragliche Grundlagen sind:

- die Police und allfällige Nachträge,
- der Versicherungsantrag und die in der Gesundheitsdeklaration aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person;
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) inklusive allfälliger besonderer Bedingungen (BB);
- das schweizerische Recht, insbesondere die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) sowie die Bestimmungen des Schweizerischen Obligationenrechts (OR).
- spezielle Abreden, sofern schriftlich in der Police erfasst.

3. Wo gilt die Versicherung?

3.1 Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt mit nachfolgend aufgeführten Ausnahmen.

3.2 **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 des Versicherers ins Ausland begibt, hat erst vom Zeitpunkt ihrer Rückkehr wieder Anspruch auf Leistungen.

3.2 **Grenzgängerregelung**
Für versicherte Personen mit einer für die ganze Schweiz gültigen "Grenzgängerbewilligung EG/EFTA" (Angehörige von Staaten der EU-15/EFTA und von Malta und Zypern) gelten die Leistungseinschränkungen (Ziff. 3.2) nicht, solange sie sich in einem dieser Staaten aufhalten.

Für die anderen Grenzgänger gelten die Leistungseinschränkungen (von Ziff. 3.2) ebenfalls

nicht, solange sie ihren Wohnsitz in der ausländischen Grenzzone haben und sich in dieser Grenzzone aufhalten.

Als Grenzzone gelten die Regionen, die in den zwischen der Schweiz und ihren Nachbarstaaten abgeschlossenen Grenzgängerabkommen festgelegt sind.

4. Allgemeine Begriffsbestimmungen

4.1 Krankheit ist jede – vom Willen der versicherten Person unabhängige – 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.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gelten als Krankheit.

4.2 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.

Als Unfall gilt auch,

- wenn durch eine plötzliche erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmassen oder Wirbelsäule
 - o ein Gelenk verrenkt wird oder
 - o Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden;
- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Barotrauma), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann.

Unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten gemäss den Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sind den Unfällen gleichgestellt.

4.3 Als Mutterschaft gilt die Schwangerschaft und Niederkunft sowie die anschliessende Erholungszeit der Mutter.

4.4 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 langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

4.5 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer

Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

- 4.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 4.7 Als Arzt gilt, wer eidgenössisch diplomiert ist oder ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis besitzt sowie zur Berufsausübung in der Schweiz zugelassen ist.
- 4.8 Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind.

5. Versicherter Personenkreis

- 5.1 Versicherungsnehmer ist die in der Police aufgeführte natürliche oder juristische Person.
- 5.2 Als versichertes Unternehmen gelten der Versicherungsnehmer und die in der Police angeführten Gruppengesellschaften.
- 5.3 Versicherte Personen sind die nachfolgend aufgeführten Personen oder Personengruppen.
 - 5.3.1 Arbeitnehmende sind versichert, sofern
 - zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer oder den in der Police angeführten Gruppengesellschaften ein Arbeitsverhältnis besteht,
 - sie der Schweizer AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären und wenn sie das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht haben.
 - 5.3.2 Selbständigerwerbende und Betriebsinhaber sind nur versichert, wenn sie namentlich in der Police aufgeführt sind und das 65. Altersjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.4 Nicht versichert sind:
 - 5.4.1 das dem versicherten Unternehmen durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
 - 5.4.2 Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind;
 - 5.4.3 Personen, die bei Arbeitsaufnahme resp. Versicherungsbeginn das ordentliche AHV-Alter erreicht haben;

- 5.4.4 Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe, die nicht gleichzeitig als Arbeitnehmende im versicherten Unternehmen tätig sind;
- 5.4.5 Arbeitnehmende, die in der Schweiz angestellt aber aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der Europäischen Union (EU) oder der EFTA-Konvention nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

6. Wie hoch ist das versicherte Erwerbseinkommen?

- 6.1 Bei Arbeitnehmenden ist ein in der Police aufgeführter Prozentsatz des effektiven AHV-Lohnes versichert.

Grundlage der Taggeldberechnung ist der letzte vor Schadeneintritt bezogene Lohn. Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt.

Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder generelle Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn diese vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in einem Vertrag in Schriftform vereinbart worden sind.

Der höchstversicherte Jahreslohn beträgt CHF 365'000.

- 6.2 Sind im versicherten Unternehmen Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe gleichzeitig als Arbeitnehmende tätig, sind auch die im AHV-Lohn enthaltenen Entgelte in Form von Verwaltungsratshonoraren, Tantiemen, festen Entschädigungen und Sitzungsgeldern versichert.
- 6.3 Bei Selbständigerwerbenden und Betriebsinhabern ist maximal das in der Police aufgeführte fixe Lohnsumme versichert.
- 6.4 Sofern in der Police nicht explizit eine Summenversicherung vereinbart ist, gilt die Versicherung als Schadenversicherung. Bei einer Schadenversicherung hat die versicherte Person den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen. Der Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des nachgewiesenen Erwerbsausfalls.

7. Wann beginnt und endet die Versicherung?

Beginn der Versicherung

- 7.1 Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers angegebenen Datum.
- 7.2 Der Vertrag verlängert sich bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern keine fristgerechte Vertragskündigung erfolgt.
- 7.3 Für Arbeitnehmende beginnt der Versicherungsschutz am Tag, an dem der Arbeitnehmer aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, frühestens jedoch an dem im Vertrag aufgeführten Beginn.
- 7.4 Personen, welche bei Beginn des Arbeitsvertrages bzw. bei Beginn der Versicherung wegen einer Krankheit, eines Unfalles oder eines Gebrechens nicht oder nur teilweise arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind. Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt für die vereinbarte Deckung ohne Gesundheitsprüfung und es bestehen keine Ausschlüsse für wiederauftretende, vorbestandene Gesundheitsschäden (Volldeckung).
- 7.5 Teilinvalide oder Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme bzw. bei Beginn der Versicherung für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein. Für eine vorübergehende oder dauernde Verschlimmerung des Leidens, das zur Teilinvalidität führte, ist die Leistungsdauer auf maximal 90 Tage begrenzt.
- 7.6 Für Selbständigerwerbende und Betriebsinhaber muss die Aufnahme in die Versicherung einzeln beantragt werden.
- 7.7 Für Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind, ist eine Anmeldung einzureichen. Zur Prüfung des Risikos kann der Versicherer medizinische Auskünfte einholen oder eine ärztliche Untersuchung verlangen. Der Versicherungsschutz beginnt mit der schriftlichen Annahmeerklärung durch den Versicherer.

Ende der Versicherung

- 7.8 Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung dieses Kollektivversicherungsvertrages.

Dieser Kollektivversicherungsvertrag endet:

- durch Kündigung,
- bei Konkursöffnung über den Versicherungsnehmer,

- bei Verlegung des Geschäfts- oder Wohnsitzes des Versicherungsnehmers ins Ausland,
- bei Einstellung des Betriebes oder Handänderung.

- 7.9 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person
- mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienst des Versicherungsnehmers;
 - bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters bzw. mit der Vollendung des 65. Altersjahres;
 - sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird;
 - mit dem Tod der versicherten Person oder
 - mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Von dieser Einschränkung ausgenommen sind Arbeitnehmende, welche weiterhin der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung unterstellt sind.
 - mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt.
- 7.10 Für versicherte Personen, die bei Ende des Versicherungsschutzes arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt ein bereits bestehender Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung.
- 7.11 Die Nachleistung ist beschränkt für
- Selbstständige und Betriebsinhaber während maximal 180 Tagen.
 - Grenzgänger gemäss Ziff. 3.3 während 90 Tagen
- 7.12 Die Nachleistung gemäss Ziff. 7.10 kommt nicht zur Anwendung,
- wenn der Vertrag bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird, der aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung der Taggeldzahlungen gewährleisten muss;
 - sofern der Wohnsitz im Ausland liegt und keine Grenzgängerregelung gemäss Ziff. 3.3 Anwendung findet
 - wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist;
 - wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis gehandelt hat oder
 - bei einem Rückfall gemäss Ziff. 14.5.

Kündigung des Vertrags

- 7.13 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder durch den Versicherer erstmals auf Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und danach auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt

werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus beim Versicherer bzw. dem Versicherungsnehmer eingetroffen sein. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Erneuerungsdatum.

- 7.14 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn der Versicherer eine Entschädigung für einen Leistungsfall erbringt. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und spätestens 14 Tage nach Kenntnis der letzten Auszahlung eines Leistungsfalles beim Versicherer eintreffen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer. Der Versicherer verzichtet auf dieses Kündigungsrecht.
- 7.15 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn der Versicherer die Versicherungsprämien ändert (Ziff. 21.1);
- 7.16 Der Versicherer kann im Falle eines versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrugs, Urkundenfälschung oder wenn eine Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss begangen wurde den Vertrag jederzeit kündigen.

8. Welche Einschränkungen oder Ausschlüsse des Versicherungsschutzes gelten?

Generelle Ausschlüsse

Bei Krankheiten, Unfällen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen erbracht:

- 8.1 (nur sofern Unfall nicht mitversichert)
 - bei Berufskrankheiten i.S.v. Art. 9 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) oder unfallähnlichen Körperschädigungen i.S.v. Art. 9 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV);
- 8.2 bei Wagnissen;
- 8.3 bei Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen Schädigungen durch medizinische Behandlungen;
- 8.4 Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft, sofern nicht direkte Folge einer Komplikation;
- 8.5 bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Operationen, die nicht medizinisch indiziert sind.
- 8.6 für Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - 8.6.1 in der Schweiz;
 - 8.6.2 im Ausland, es sei denn, versicherte Personen erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten und sie seien dort vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse überrascht worden.

Ausschlüsse für Unfälle, sofern versichert

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäss Ziff. 8.1- 8.6 gelten Unfallfolgen als nicht versichert:

- 8.7 bei Teilnahme an Raufereien und Schlägereien;
- 8.8 bei Ausführen von Verbrechen oder Vergehen sowie dem Versuch dazu;
- 8.9 infolge von Unruhen aller Art (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, die versicherte Person legt glaubhaft dar, dass sie nicht auf Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- 8.10 Teilnahme an Terrorakten und kriegerischen Ereignissen;
- 8.11 im ausländischen Militärdienst;
- 8.12 infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- 8.13 bei der Teilnahme an Rennen und Rallyes mit Motorfahrzeugen, für welche eine Rennfahrerlizenz erforderlich ist;
- 8.14 bei Teilnahme an Rennen mit Motorbooten samt Trainingsfahrten;
- 8.15 bei Benützung von Luftfahrzeugen, Hängegleitern, Gleitschirmen oder ähnlichen Geräten und beim Fallschirmspringen, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder die erforderlichen amtlichen Ausweise oder Bewilligungen nicht besitzt, sowie auch Unfälle von Passagieren, die gewusst haben oder den Umständen nach hätten wissen müssen, dass für die Besatzungsmitglieder oder das benützte Luftfahrzeug die vorgeschriebenen Ausweise und Bewilligungen nicht vorhanden sind.

9. Welche Obliegenheiten muss ich beachten?

- 9.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben bei Abklärungen zum Versicherungsvertrag wie z.B. betreffend Anzeigepflichtverletzungen, Gefahrserhöhungen, Leistungsprüfungen, etc. mitzuwirken und dem Versicherer alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zu geben, diese bei Dritten zu Händen des Versicherers einzuholen sowie Dritte schriftlich zu ermächtigen, dem Versicherer die entsprechenden Informationen, Unterlagen, etc. herauszugeben. Der Versicherer ist darüber hinaus berechtigt, eigene Abklärungen vorzunehmen.
- 9.2 **Bei Vertragsabschluss**
Die Bedingungen für den Versicherungsschutz und die Tarife werden gemäss den Angaben des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person festgelegt. Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person hat alle Gefahrstatsachen anzugeben, welche ihm bekannt

sind oder bekannt sein müssen und nach denen der Versicherer schriftlich gefragt hat.

9.3 Während der Vertragsdauer

Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person muss den Versicherer oder dessen Vertreter unverzüglich und schriftlich von wesentlichen Gefahrserhöhungen in Kenntnis setzen. Zu den wesentlichen Gefahrserhöhungen zählen insbesondere solche, die eine Situation schaffen, auf welche die bei Vertragsabschluss gemachten Angaben nicht mehr zutreffen (z.B. eine Veränderung der beruflichen Situation des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person). Keine Gefahrserhöhungen i.S. dieser Bestimmung sind Änderungen des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person..

Kommt der Anzeigepflichtige seiner Anzeigepflicht nicht nach, ist der Versicherer nach Ablauf einer schriftlich anzusetzenden Nachfrist von 4 Wochen berechtigt, innert 2 Wochen nach Ablauf der Nachfrist rückwirkend den Versicherungsvertrag aufzuheben.

9.4 Mehrfachversicherungen

Sind oder werden die durch diesen Vertrag gedeckten Risiken durch eine andere Versicherung gedeckt, so muss der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer mitteilen. Während der Laufzeit des Vertrages muss diese Mitteilung unverzüglich erfolgen.

9.5 Im Leistungsfall

Im Leistungsfall gelten weitere Obliegenheiten gemäss Ziff. 11.8 ff.

9.6 Kreis der Verpflichteten

Obliegenheiten für den Versicherungsnehmer gelten – auch wo nicht namentlich erwähnt – sinngemäss jeweils auch für die versicherte Person (z.B. Anzeige- und Auskunftspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer), den Anspruchsberechtigten sowie deren Stellvertreter, soweit sie nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch sind.

9.7 Verletzung der Obliegenheiten

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person die vertraglich oder gesetzlich gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten im Schadenfall in nicht entschuldbarer Weise verletzt. Eine Kürzung oder Verweigerung der Versicherungsleistung entfällt, wenn das vertragswidrige Verhalten keinen Einfluss auf den Eintritt oder Umfang des eingetretenen Schadens hatte. Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer durch den Versicherer angeordneten Untersuchung, einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so

können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sie kein Verschulden trifft.

10. Was gilt bei Mehrfachversicherung bzw. Überentschädigung?

10.1 Das Zusammentreffen von Leistungen unter diesem Vertrag mit Leistungen von Sozialversicherern darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Diese Klausel gilt jedoch nicht für Taggeldleistungen mit einem Jahresfestgehalt.

10.2 Die Taggeldleistungen unter diesem Vertrag werden im Nachgang (subsidiär) zu den Leistungen von Sozialversicherungen und anderen Versicherungen gemäss BVG oder VVG erbracht. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, tritt der Versicherer in Vorleistung. Voraussetzung für die Vorleistung bildet das Einverständnis der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten in die direkte Verrechnung bzw. Rückforderung der erbrachten Leistungen. Zudem verpflichten sie sich in diesem Umfang auch ihre Haftpflichtansprüche abzutreten.

In der Folge beschränkt sich die Leistungspflicht des Versicherers auf die Differenz zwischen den Leistungen von Sozialversicherungen – einschliesslich freiwillige Taggeldversicherungen nach KVG – und Versicherungen gemäss BVG und der vorerwähnten Überentschädigungsgrenze.

Der Versicherer fordert Leistungen, die er im Hinblick auf Leistungen der Invalidenversicherung erbringt, ab dem Datum des Taggeld- bzw. Rentenbeginns direkt von der Eidg. Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung. Tage mit gekürzten Leistungen werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet. Das Gleiche gilt für Tage, an denen die Leistungen der Invalidenversicherung diejenigen der Krankentaggeldversicherung übersteigen.

10.3 Das Regressrecht geht insoweit auf den Versicherer über, als er Entschädigung geleistet hat. Dies gilt auch, wenn eine Sozialversicherung oder obligatorische Versicherung (UVG, KVG) leistungspflichtig ist.

10.4 Erbringt eine andere Gesellschaft ihre Leistungen ebenfalls subsidiär, so übernehmen die beteiligten Gesellschaften die Kosten im Verhältnis ihrer Versicherungssumme anteilmässig.

11. Welche Leistungen werden erbracht?

Leistungsvorraussetzungen

11.1 Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 %

anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld bei einer Erwerbseinbusse von mindestens 25 % entsprechend dem Grad der Erwerbseinbusse ausgerichtet.

- 11.2 Bei Selbständigerwerbenden und Betriebsinhabern ist eine nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % massgebend.
- 11.3 Teilinvalide oder Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, gelten im Sinne dieser Bedingungen als voll arbeitsfähig, wenn sie entsprechend ihrem Beschäftigungsgrad vollumfänglich arbeitsfähig sind. Ihre Arbeitsunfähigkeit bemisst sich nach dem Grad der Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben.
- 11.4 Arbeitsausfälle wegen ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.
- 11.5 Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese ärztlich verordnet sind und dem Versicherer spätestens 14 Tage vor Kurbeginn ein Kursesuch eingereicht wird.

Begibt sich die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft, werden keine Leistungen erbracht.

Anmeldung eines Leistungsfalls

- 11.6 Gibt ein Ereignis voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen,
- ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung zu sorgen;
 - hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer auf dem zur Verfügung gestellten Formular wie folgt zu melden:
 - bei Wartezeit bis 30 Tagen, innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartezeit
 - bei Wartezeit von 31 und mehr Tagen, spätestens bei Ablauf der Wartezeit
- 11.7 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 Versicherer zu entbinden. Die versicherte Person hat den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Obliegenheiten im Schadenfall

- 11.8 Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer Einsicht in die Geschäftsbücher und allfällige Belege

zu gewähren, sofern dies für die Abklärung des Schadenfalls notwendig ist.

- 11.9 Die versicherte Person hat alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere vermeidet die versicherte Person alles, was den Heilungsverlauf gefährdet oder die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit verzögert.
- 11.10 Die versicherte Person leistet Anordnungen des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals Folge. Ausserdem ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von ihm als nötig erachteten zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen oder Begutachtungen zu unterziehen.
- 11.11 Der Versicherer ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse und Berichte, zu verlangen. Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte werden lediglich akzeptiert, sofern diese in deutsch, französisch, italienisch oder englisch verfasst sind.
- 11.12 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Dauert der Leistungsfall länger als einen Monat, ist dem Versicherer monatlich ein Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 11.13 Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Der Versicherer fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Ziff. 17 aufmerksam.

11.14 Koordination mit der Invalidenversicherung (IV)

Die versicherte Person hat sich zur Früherfassung und Frühintervention bei der zuständigen IV-Stelle zu melden, wenn sie während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innert eines Jahres wiederholt während kürzerer Zeit aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleiben musste.

Spätestens sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat sich die versicherte Person zusätzlich bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anzumelden. Die Meldung zur Früherfassung gilt nicht als Anmeldung für Leistungen der IV.

Falls die versicherte Person die Anmeldung zum Leistungsbezug unterlässt, kann der Versicherer die Leistungen um den Betrag der verpassten IV-Leistungen kürzen oder erbrachte Leistungen in diesem Umfang von der versicherten Person zurückfordern.

Die versicherte Person ist verpflichtet, bei der Durchführung dieser Versicherung mitzuwirken. Sie muss dem Versicherer sämtliche Angaben machen, die dieser zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt. Insbesondere kann die versicherte Person dazu verpflichtet werden, zu Händen des Versicherers medizinische Berichte und Arztzeugnisse zu besorgen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht notwendig sind.

11.15 Case Management

Die versicherte Person ist verpflichtet, aktiv mit dem Case Management des durch den Versicherer beauftragten oder in der Police genannten Dritten zusammenzuarbeiten, welcher sich um Prävention, Betreuung und Wiedereingliederung bemüht.

11.16 Der Versicherer macht die Leistungen unter diesem Vertrag davon abhängig, dass der Fall den übrigen betroffenen Versicherungen (Sozialversicherungen, IV, andere Taggeldversicherer) bzw. beauftragten Dritten (z.B. Case Manager) gemeldet wird. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen, wenn die versicherte Person der Aufforderung der Anmeldung nicht Folge leistet. Der Anspruch lebt nach erfolgter Anmeldung wieder auf. Die Dauer des Unterbruchs wird auf die gesamte Leistungsdauer angerechnet. Hingegen verliert die versicherte Person ihren Leistungsanspruch, wenn sie auf den Anspruch, den sie gegenüber diesen Versicherungen geltend machen kann, verzichtet oder diesen zurückzieht.

11.17 Die versicherte Person hat den Versicherer gegenüber die anderen Versicherern sowie behandelnden Ärzten zur Auskunft zu ermächtigen bzw. die Betroffenen von Ihrer allfälligen Schweigepflicht zu entbinden.

12. Wann beginnt die Leistungspflicht?

12.1 Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist, sofern die Arbeitsunfähigkeit mindestens gemäss. Ziff. 11.1 und 11.2 währenddessen ununterbrochen bestanden hat.

12.2 Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber während 7 Monaten nach Ende des Lohnanspruchs. Während der vorgesehenen Dauer des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, rechnet der Versicherer die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur ursprünglich beabsichtigten Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit an die Wartefrist und die Leistungsdauer an.

13. Wie wird die Wartefrist angerechnet?

13.1 Die Wartefrist beginnt mit dem Tag der ärztlich attestierten Mindestarbeitsunfähigkeit gemäss Ziff. 11.1 und 11.2, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Konsultation.

13.2 Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden an die Wartefrist als ganze Tage angerechnet.

14. Wie lange werden die Leistungen erbracht?

14.1 Der Versicherer leistet das Taggeld pro Leistungsfall längstens für die in der Police angegebene maximale Leistungsdauer.

14.2 Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden an die maximale Leistungsdauer als ganze Tage angerechnet.

14.3 Mit dem Erreichen der maximalen Leistungsdauer in einem Leistungsfall erlischt der Versicherungsschutz für diesen Leistungsfall. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bleibt versichert.

14.4 Nach Erbringung einer Leistung aufgrund Arbeitsunfähigkeit muss die versicherte Person mindestens einen Tag vollständig erwerblich tätig sein, um Anspruch auf einen neuen Leistungsbezug zu haben (Requalifikation vor Leistungsbezug gestützt auf eine neues Primäreignis). Eine neue Wartefrist kommt zur Anwendung.

14.5 Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Folgen eines Unfalles gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall während mindestens 365 aufeinanderfolgenden Tagen wegen dieser Krankheit oder den Folgen dieses Unfalles nicht arbeitsunfähig oder in ärztlicher Behandlung war.

14.6 Bei einem Rückfall innerhalb 365 Tagen entfällt die bereits bestandene Wartefrist und bereits erbrachte Taggelder werden zur Berechnung der maximalen Leistungsdauer angerechnet.

14.7 Bei dauernder teilweiser Erwerbsunfähigkeit der namentlich in der Police aufgeführten Personen wird das bisher versicherte Erwerbseinkommen entsprechend dem Grad der Restarbeitsfähigkeit herabgesetzt.

14.8 Für versicherte Personen, die bei Beginn des Leistungsfalles eine Altersrente der AHV beziehen, jedoch spätestens mit Erreichen des ordentlichen AHV Rentenalters, gilt eine Leistungsdauer von 180 Tagen anstelle der in der Police aufgeführten Leistungsdauer.

14.9 Die versicherte Person kann die Erschöpfung der Leistungsdauer nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf Leistungen verzichtet.

15. Was führt zu Leistungsunterbruch?

15.1 Strafmassnahmen

Kommt es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug, so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet. Die nicht entschädigten Tage werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet.

15.2 Auslandsaufenthalt

Eine versicherte Person, die sich während der Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchte, hat den Versicherer vorgängig zu informieren. Dieser kann nach Analyse der Umstände Versicherungsleistungen während eines begrenzten Zeitraums entrichten.

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne vorgängige Information des Versicherers ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen.

15.3 Mutterschaft

Ein Taggeld infolge Arbeitsunfähigkeit in Folge Mutterschaft ist – mit Ausnahme von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – nicht versichert.

Die Leistungspflicht bei Krankheit und Unfall ruht während 14 Wochen nach der Geburt. Im Kanton Genf jedoch ruht die Leistungspflicht während 16 Wochen nach der Geburt. Falls die versicherte Person der Arbeit bis zur 16. Woche nach der Geburt auf eigenen Wunsch fernbleibt, gilt das Ruhen der Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt.

Geburtsbedingte Gesundheitsstörungen werden ab demjenigen Zeitpunkt, in dem der Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach Erwerbsersatzgesetz (EOG) endet oder enden würde einer versicherten Krankheit gleichgestellt, sofern die werdende Mutter bei Schwangerschaftsbeginn durch diesen Vertrag bereits versichert war.

War sie noch nicht versichert, wird das vertraglich vorgesehene Taggeld höchstens so lange entschädigt, als eine Lohnzahlungspflicht gemäss Art. 324 a OR besteht.

16. Was gilt bei Probezeit, befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen?

16.1 Für versicherte Personen, die sich zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit in der Probezeit befinden, ist die Leistungsdauer auf max. 30 Tage beschränkt.

16.2 Für versicherte Personen mit befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen endet die Leistungsdauer im Zeitpunkt des vor Krankheitsbeginn vereinbarten Endes des Arbeitsverhältnisses, spätestens aber nach der in der Police festgehaltenen Leistungsdauer.

16.3 Lehrlinge sind den unbefristet angestellten Mitarbeitenden gleichgestellt. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustossen.

17. Wann werden Leistungen gekürzt?

Die Leistungen können im folgenden Fällen gekürzt werden:

17.1 Nichtbefolgen von vertraglichen Obliegenheiten

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

17.2 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet mit Ausnahme Ziff. 17.2 Abs. 2 auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, seine Leistungen zu kürzen, wenn die versicherte Person den Leistungsfall grobfahrlässig herbeigeführt hat.

Hat die versicherte Person einen Unfall beim Führen eines Motorfahrzeuges unter starkem Alkohol- (0.8 ‰ oder mehr) oder Drogeneinfluss bzw. Einfluss nicht verordneter Medikament verursacht, wird das Taggeld um 50% gekürzt.

17.3 Aufteilung bei mehreren Gesundheitsschädigungen

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

18. Wie wird das Taggeld berechnet?

18.1 Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem ärztlich attestierten Grad der Arbeitsunfähigkeit.

18.2 Taggeld in Prozent des Lohnes

Das Taggeld wird auf dem Lohn, der für die Prämienberechnung massgebend ist, berechnet. Es richtet sich in jedem Fall nach dem effektiven Erwerbsausfall. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Krankheitsbeginn bezogene AHV-Lohn. Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Das so ermittelte Taggeld wird für jeden Kalendertag ausgerichtet.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionsbezüger, unregelmässig tätige Aushilfen), so wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten 12 Monaten vor Krankheitsbeginn erzielte Lohn durch 365 geteilt.

Für in Ausbildung befindende versicherte Personen gilt der tatsächliche bzw. der nach Abschluss der Ausbildung branchenübliche oder im bereits abgeschlossenen Arbeitsvertrag festgelegte Lohn.

Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

18.3 Taggeld in Prozent einer Fixen Lohnsumme
Wird eine fixe Lohnsumme gemäss Art. 6.3 im Vertrag vereinbart, wird das Taggeld Ziff. 18.2 analog berechnet.

19. Wann sind die Leistungen fällig und an wen werden sie bezahlt?

19.1 Die Versicherungsleistungen werden nach vier (4) Wochen fällig, nachdem der Versicherte alle Angaben und ärztlichen Zeugnisse erhalten hat, um sich von der Richtigkeit und vom Umfang des Anspruchs überzeugen zu können.

19.2 Die Leistungsauszahlung erfolgt monatlich.

19.3 Die Leistungsauszahlungen erfolgen, wo nicht etwas anderes vereinbart ist, an den Versicherungsnehmer. Vorbehalten bleibt das selbständige Forderungsrecht einer versicherten Person im Sinne von Art. 87 VVG.

19.4 Dem Versicherungsnehmer werden die der Quellensteuer unterliegenden Leistungen ungekürzt überwiesen. Dieser hat für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer zu sorgen.

20. Was muss ich in Bezug auf die Prämie beachten?

Prämiengrundlage

20.1 Die Berechnung der Prämie erfolgt aufgrund der Angaben in der Police.

Folgende Elemente sind berücksichtigt:

- das versicherte Unternehmen wird nach seiner Art und seinen Verhältnissen im Prämientarif kategorisiert;
- sofern es der Prämientarif vorsieht und genügend Risikoerfahrung betreffend das versicherte Unternehmen vorhanden ist, wird zusätzlich die vertragsindividuelle Schadenerfahrung (Erfahrungstarifizierung) zur Prämienbemessung herangezogen.
- Die Erfahrungstarifizierung kommt nur dann zur Anwendung, wenn dies zwischen den Vertragsparteien vereinbart und in der Versicherungspolice entsprechend vermerkt worden ist.

20.2 Vorbehaltlich anderer vertraglicher Vereinbarungen ist für die Prämienberechnung das im versicherten Unternehmen erzielte AHV-pflichtige Einkommen unter Berücksichtigung des höchstversicherten Jahreslohnes pro Person massgebend.

20.3 Für Selbständigerwerbende und Betriebsinhaber gilt:

20.3.1 Die Tarifstruktur sieht eine Abstufung der Prämien insbesondere nach Alter und Beruf vor.

20.3.2 Die versicherte Person tritt mit Erreichen des Höchstalters ihrer Tarifierungsgruppe auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Tarifierungsgruppe ein.

20.3.3 Massgebend ist der in der jeweiligen Tarifierungsgruppe gültige Prämientarif.

20.3.4 Die Tarifgruppen:

- Bis zum 40. Altersjahr
- 41.–45. Altersjahr
- 46.–55. Altersjahr
- Ab 56. Altersjahr

Prämienzahlung

20.4 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet.

20.5 Bei Ratenzahlung kann der Versicherer einen Zuschlag erheben.

20.6 Bei Arbeitnehmenden ergibt sich die Vorausprämie aus den voraussichtlichen Löhnen und wird jeweils am Anfang des folgenden Jahres aufgrund der definitiven Lohnsummen abgerechnet.

Deklaration der Lohnsummen

20.7 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils Ende Jahr innert 30 Tagen auf, die definitiven Lohnsummen mittels Deklarationsformular zu deklarieren. Der Versicherer erstellt daraufhin die definitive Prämienabrechnung für das vorangehende Jahr.

20.8 Wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkommt, werden die Prämien durch Einschätzung des Versicherers festgesetzt.

20.9 Der Versicherer oder von ihm beauftragte Dritte können die Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (z.B. Lohnbücher, Lohnabrechnung, etc.) nachprüfen.

20.10 Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer, direkt bei der AHV-Ausgleichskasse in deren Akten Einsicht zu nehmen.

Rückerstattung der Prämie

20.11 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die auf das nicht abgelaufene Versicherungsjahr entfallende

Prämie zurück. Bei Saldi unter CHF 20.- erfolgt keine Nachbelastung bzw. Rückerstattung

Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

20.12 Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als ein Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall gemäss Ziff. 7.14 gekündigt hat.

Zahlungsverzug

20.13 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten.

20.14 Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Fordert der Versicherer die ausstehende Prämie samt Nebenkosten nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich ein, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Verträge zurücktritt.

21. Was gilt bei Prämienänderungen?

21.1 Änderung des Prämienatzes auf Grund Leistungsverlauf

Wurde die Erfahrungstarifizierung vertraglich vereinbart, kann der Versicherer auf Vertragsende die Prämien aufgrund des individuellen Leistungsverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe aus Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) im Verhältnis zur Prämie mehr als 50% kann der Versicherer die Prämienätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.

21.2 Änderung des Prämienatzes auf Grund von Altersklassen

Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und wenn ausserdem keine Arbeitnehmenden versichert sind, können die Prämienätze an die für das aktuelle Lebensalter der versicherten Personen geltenden Tarife angepasst werden.

21.3 Änderung des Prämienatzes auf Grund der Änderung der Versichertenstruktur

Der Versicherer kann die Prämienätze der allfällig veränderten Zusammensetzung des Versichertenbestandes (Alter und Geschlecht) anpassen.

21.4 Kommunikation der Änderung

Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern bis spätestens 30 Tage vor Ende des Jahres allfällige Vertrags- und Prämienänderungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der

22. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb zweier (2) Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

23. Was gilt bei Übertritt in die Einzelversicherung?

23.1 Übertrittsrecht

Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des vorliegenden Vertrages haben die in der Schweiz wohnhaften Personen das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Das Übertrittsrecht gilt für 90 Tage nach dem Austritt, der Auflösung des Vertrages oder dem Ende des Leistungsbezugs.

23.2 Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat die ausscheidenden Personen spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens über die Möglichkeit der Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung und die Frist zur Geltendmachung spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens schriftlich zu informieren. Allfällige Rechtsansprüche, welche bei Nichtinformation geltend gemacht werden, hat die versicherte Person unter Vorbehalt zwingender gesetzlicher Bestimmungen gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend zu machen.

Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person nicht rechtzeitig schriftlich informiert oder kann er den entsprechenden Nachweis nicht erbringen, hat er den Versicherer schadlos zu halten, falls dieser gegenüber der versicherten Person verpflichtet bleibt oder haftbar wird. Insbesondere schuldet er dem Versicherer die entgangene Prämien Differenz.

23.3 Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- nach Erschöpfung der vollen, in der Police vereinbarten Leistungsdauer;
- bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters oder bei vorzeitigem Ruhestand;
- für Personen mit Wohnsitz im Ausland;
- für Personen, solange sie Nachleistungen beziehen;
- für Personen während der Probezeit
- für Personen mit saisonalem oder befristetem Arbeitsverhältnis, sofern für sie reduzierte Leistungen gelten;
- bei Stellenwechsel und gleichzeitigem Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers oder bei Auflösung der vorliegenden Versicherung und ihrer

Weiterführung bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis, insbesondere wenn ein neuer Versicherer auf Grund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;

- bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs gemäss Art. 40 VVG.

Weitere Bedingungen

- 23.4 Die Einzelversicherung beginnt unmittelbar nach dem Ende des Versicherungsschutzes in der Kollektivversicherung.
- 23.5 Es gelten die Bedingungen und Prämien der Einzelversicherung.
- 23.6 Massgebend sind der Gesundheitszustand zur Zeit des Eintrittes in die Kollektivversicherung des Versicherers.
- 23.7 Der Versicherungsschutz mit allfällig vereinbarten Vorbehalten wird in die Einzelversicherung übernommen.
- 23.8 Für die bisher versicherten Taggeldleistungen wird der versicherten Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Prämien der Einzelversicherung ohne Gesundheitsprüfung Versicherungsschutz gewährt. Der letzte versicherte Lohn dieser Versicherung gilt als Basis für den versicherbaren Lohn der Einzelversicherung. Versicherbar ist jedoch höchstens derjenige Betrag, der aus der Arbeitslosenentschädigung resultiert bzw. resultieren würde. Die Wartefrist kann verkürzt werden, jedoch nicht auf weniger als 30 Tage.
- 23.9 Die neue Prämie wird nach dem Einzeltarif, jedoch auf Grund des Alters beim Eintritt in die Einzelversicherung berechnet. Leistungen, die in Höhe und Dauer die bisherigen überschreiten, werden nicht gewährt.
- 23.10 Leistungen, die aus der Kollektiv-Krankenversicherung erbracht wurden, werden an die Leistungen der Einzeltaggeldversicherung angerechnet.

24. Welches Gericht ist zuständig?

Für Streitigkeiten aus dem Vertrag stehen der klagenden Partei der Gerichtsstand am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten oder der Geschäftssitz des Versicherers in Zürich offen.

25. Beauftragung eines Dritten

Wird ein Dritter (z. B. Broker/Makler) vom Versicherungsnehmer beauftragt und bevollmächtigt, ist der Versicherer berechtigt, die Korrespondenz (Anfragen, Anzeigen,

Deklarationen, Willenserklärungen etc.) vom beauftragten Dritten entgegenzunehmen und diesem zuzustellen.

Ist die Wirksamkeit einer Leistung oder Erklärung vom Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer von der Einhaltung einer Frist abhängig, so gilt diese mit Eingang beim beauftragten Dritten als gewährt. Erklärungen und Mitteilungen vom Versicherungsnehmer, vertreten durch den beauftragten Dritten, gelten erst mit Eingang beim Versicherer als zugegangen.

26. Was ist bei Streitigkeiten zu beachten?

Gerne kümmert sich die Chubb Beschwerdestelle persönlich um Ihr Anliegen.

Sie erreichen diese unter

Tel: +41 (0) 43 456 75 75 oder

per E-Mail : yourfeedback.ch@chubb.com

27. An wen sind die Mitteilungen zu richten?

Sofern kein Dritter beauftragt:

Alle Ihren Versicherungsvertrag bestimmten Anzeigen und Mitteilungen sowie Schadenmeldungen richten Sie bitte an

Boss Insurance Services SA
Place Coquillon 2
Case postale 1816
CH-2001 Neuchâtel 1

Tel. 032 751 22 22

Fax 032 751 52 88

E-Mail : info@boss-insurance.ch

28. Wer ist Ihr Versicherer?

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Bärengasse 32
8001 Zürich