

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB) NACH VVG.

KOLLEKTIVE TAGGELDVERSICHERUNG

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen.....	3
Art. 1 Vertragsgrundlagen Die Grundlagen des vorliegenden Vertrags bilden:.....	3
II Geltung der Versicherung	3
Art. 2 Grundsatz	3
Art. 3 Versicherungsnehmer, versicherte Person, versicherte Betriebe	3
Art. 4 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrags	3
Art. 5 Kündigung im Krankheitsfall	4
Art. 6 Örtliche Geltung.....	4
Art. 7 Definitionen	4
III Versicherte Leistungen	5
Art. 8 Inhalt	5
Art. 9 Ausschluss und Kürzungen	5
Art. 10 Versicherte Personen	5
Art. 11 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	5
Art. 12 Übertrittsrecht in die Einzelversicherung	6
Art. 13 Anspruch auf Taggeldleistungen.....	7
Art. 14 Leistungsbeginn und Wartefrist.....	7
Art. 15 Rückfall.....	8
Art. 16 Leistungsdauer	8
Art. 17 Leistungen Dritter	8
Art. 18 Berechnung der Leistungen	9
Art. 19 Geburtengeld	10
IV Verhaltenspflichten	10
Art. 20 Frist für Anmeldung der Krankheit.....	10
Art. 21 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten.....	10
Art. 22 Beizug eines zugelassenen Arztes	11
Art. 23 Schadenminderungspflicht	11
Art. 24 Folgen bei Nichtbeachtung der Verhaltenspflichten	11
Art. 25 Quellensteuer.....	11
Art. 26 Verrechnung und Rückforderung.....	11

Art. 27 Verpfändung und Abtretung.....	11
V Prämie.....	11
Art. 28 Prämienberechnung.....	11
Art. 29 Prämienabrechnung.....	12
Art. 30 Prämienzahlung	12
Art. 31 Prämienanpassung.....	12
VI Überschussbeteiligung.....	13
Art. 32 Grundsatz	13
Art. 33 Berechnung der Überschussbeteiligung	13
VII Zusätzliche Bestimmungen für die Unfallversicherung	13
Art. 34 Inhalt	13
VIII Schlussbestimmungen	14
Art. 35 Mitteilungen.....	14
Art. 36 Gerichtsstand	14

I Grundlagen

Versicherungsträgerin ist die Krankenversicherung A, nachstehend KV A genannt. Die zuständige Betreuungsstelle ist auf der Versicherungspolice aufgeführt.

Art. 1 Vertragsgrundlagen Die Grundlagen des vorliegenden Vertrags bilden:

- a) die Police;
- b) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, allfällige Besondere Bedingungen und Nachträge;
- c) das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für Sachverhalte, die in den unter lit. a) und b) genannten Grundlagen nicht geregelt sind;
- d) alle schriftlich vorliegenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen KV A und dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person.

II Geltung der Versicherung

Art. 2 Grundsatz

1 Der Vertrag kann folgende Versicherungen umfassen:

- a) Krankentaggeld für den Betriebsinhaber und seine mitarbeitenden Familienmitglieder sowie für das Personal;
- b) Unfalltaggeld für den Betriebsinhaber und seine mitarbeitenden Familienmitglieder;
- c) Geburtengeld für den Betriebsinhaber und seine mitarbeitenden Familienmitglieder sowie für das Personal.

2 Die versicherten Personen und die versicherten Leistungen sind in der Police aufgeführt.

Art. 3 Versicherungsnehmer, versicherte Person, versicherte Betriebe

1 Als Versicherungsnehmer gilt die natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

2 Als versicherte Person gilt die versicherte Einzelperson (z. B. Betriebsinhaber, Mitarbeiter). 3 Die versicherten Betriebe sind in der Police aufgeführt. Mitversichert sind sämtliche Standorte und Niederlassungen des Versicherungsnehmers in der Schweiz, sofern nicht auf der Police etwas anderes vermerkt ist.

Art. 4 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrags

1 Beginn und Ende des Versicherungsvertrags sind in der Police aufgeführt.

2 Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungszusage kann KV Aden Antrag schriftlich ablehnen. Lehnt sie ihn ab, erlischt der Versicherungsschutz drei Tage nach Eintreffen der Mitteilung beim Versicherungsnehmer. Die Prämie ist anteilmässig geschuldet.

3 Der Vertrag verlängert sich am Ende der Vertragsdauer automatisch jeweils um ein Jahr. Beide Vertragspartner können den Vertrag jeweils auf das Vertragsende auflösen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief zu erfolgen. Wurde der Vertrag für weniger als ein Jahr abgeschlossen, erlischt er ohne Kündigung an dem in der Police aufgeführten Vertragsablauf.

4 Weitere Gründe für das Enden des Vertrags sind:

- a) die Geschäftsaufgabe des Versicherungsnehmers;

b) die Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;

c) die Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer (es sei denn, die Versicherungsprämie wird weiterhin durch Dritte – z.B. Konkursverwalter – bezahlt).

Art. 5 Kündigung im Krankheitsfall

1 Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag nach jedem Krankheitsfall, für den KV A Leistungen erbringt, kündigen. Er muss die Kündigung spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat bzw. hätte erhalten können, mit eingeschriebenem Brief bei KV A einreichen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung bei KV A.

2 KV A verzichtet auf das Kündigungsrecht im Krankheitsfall, ausser bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

Art. 6 Örtliche Geltung

1 Bei Versicherungsnehmern mit Geschäftssitz in der Schweiz gilt die Versicherung auf der ganzen Welt. Für versicherte Personen, die ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein ins Ausland entsandt wurden, erlischt die Versicherung 24 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthalts. Die Versicherung kann auf Gesuch hin verlängert werden, sofern die Personen weiterhin durch die obligatorische Unfallversicherung in der Schweiz (UVG) oder im Fürstentum Liechtenstein (OUFL) gedeckt sind.

2 Für erkrankte Versicherte gilt zusätzlich die Bestimmung Art. 13 Abs. 5 und 6.

Art. 7 Definitionen

1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG).

2 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 (Art. 6 ATSG). Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

3 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 (Art. 7 ATSG).

4 Für die Begriffe Arzt, Medizinalpersonen und Heilanstalten gelten die Bestimmungen des UVG.

5 AHVG Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10)

ATSG Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)

AVB Allgemeine Versicherungsbedingungen

AVIG Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschiädigung (SR 837.0)

BVG Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (SR 831.40)

IVG Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)

MVG Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.10)

OR Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des schweizerischen Zivilgesetzbuches (fünfter Teil: Obligationenrecht) (SR 220)

UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)

VVG Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.299.1)

III Versicherte Leistungen

Art. 8 Inhalt

KV A gewährt Versicherungsschutz gegen die Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen.

Art. 9 Ausschluss und Kürzungen

1 Nicht versichert sind:

a) Krankheiten, die bei Eintritt in den Betrieb oder bei Beginn der Versicherung bestehen, solange sie im Rahmen des Anstellungsgrades der arbeits- bzw. erwerbsunfähigen Person eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben; es sei denn, KV A müsse die Weiterführung des Versicherungsschutzes aufgrund von Freizügigkeitsabkommen zwischen den Versicherern gewährleisten;

b) Krankheiten, die durch die gesetzliche Unfallversicherung (UVG) entschädigt werden;

c) Unfälle, sofern das Unfalltaggeld nicht versichert ist;

d) Krankheiten infolge ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie. Versichert sind hingegen Gesundheitsschädigungen, die durch ärztlich verordnete Strahlenbehandlungen aufgrund einer versicherten Krankheit entstehen;

e) Krankheiten als Folge von kriegerischen Vorfällen oder Terroranschlägen. Wird die versicherte Person von solchen Vorfällen im Ausland überrascht, erlischt der Versicherungsschutz jedoch erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten.

2 Sind Gesundheitsschädigungen nur teilweise auf versicherte Krankheiten zurückzuführen, werden die Leistungen mithilfe ärztlicher Gutachten im Verhältnis zu den einzelnen Ursachen festgesetzt.

3 Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

4 Bei grobfahrlässig herbeigeführten Krankheiten verzichtet KV A darauf, die Leistungen zu kürzen.

Art. 10 Versicherte Personen

1 Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen oder Personengruppen, die im versicherten Betrieb beschäftigt sind und das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Das durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal ist nicht versichert.

2 Mitversichert sind folgende Personen: – namentlich im Vertrag aufgeführte und im Betrieb mitarbeitende, aber nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführte Familienmitglieder (Ehegatte, Kinder, Eltern); – Hausangestellte des Betriebsinhabers.

Art. 11 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherungsschutz beginnt für den einzelnen Versicherten am Tag, an dem sein Arbeitsvertrag mit dem versicherten Betrieb in Kraft tritt, frühestens jedoch an dem im Vertrag aufgeführten Vertragsbeginn. Die Versicherung tritt erst in Kraft, wenn die voll oder teilweise arbeitsunfähige versicherte Person entsprechend dem Anstellungsgrad wieder vollständig arbeitsfähig ist. Nicht voll arbeits-

bzw. erwerbsfähige versicherte Personen sind nur im Rahmen ihrer Restarbeits- bzw. -erwerbsfähigkeit versichert.

2 Für namentlich bezeichnete Personen mit vereinbartem Jahresverdienst sind Gesundheitsprüfungen erforderlich. KV A bestätigt Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes schriftlich.

3 Für die versicherte Person erlischt der Versicherungsschutz:

- a) mit ihrem Austritt aus dem versicherten Betrieb;
- b) mit Beendigung des Versicherungsvertrags;
- c) mit der Vollendung des 70. Altersjahrs;
- d) für ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein entsandte Personen 24 Monate nach Antritt des Auslandsaufenthalts. Wird die Versicherungsdeckung verlängert (gemäss Art. 6), erlischt der Versicherungsschutz mit Beendigung desjenigen der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz (UVG) oder im Fürstentum Liechtenstein (OUFL);
- e) mit dem Ausschöpfen der vereinbarten Leistungsdauer;
- f) wenn infolge Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers die Leistungspflicht ruht.

Art. 12 Übertrittsrecht in die Einzelversicherung

1 Bei Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen oder bei Beendigung des Versicherungsvertrags haben versicherte Personen, die in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnen, das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen schriftlich geltend zu machen.

2 Der Versicherungsnehmer muss ausscheidende versicherte Personen schriftlich

über das Übertrittsrecht und die 90-tägige Frist informieren. Die Information muss spätestens beim Austritt aus dem versicherten Betrieb schriftlich erfolgen.

3 Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. nach Beendigung des Versicherungsvertrags.

4 Beim Übertritt werden die Versicherungsleistungen den neuen Verhältnissen angepasst. Der letzte versicherte Lohn gilt als Basis für die Berechnung des versicherten Lohnes in der Einzelversicherung. Versicherbar ist höchstens der Betrag, der aus der Arbeitslosenentschädigung resultieren würde. Die Wartefrist kann auf Wunsch der versicherten Person verlängert oder (auf minimal 30 Tage) verkürzt werden. Es gelten die aktuellen Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung. Für die Weiterführung der Versicherung sind das Alter und der Gesundheitszustand zur Zeit der Aufnahme in die Kollektivversicherung massgebend. Allfällige Vorbehalte (Deckungsausschlüsse) werden übernommen.

5 Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;
- b) bei Auflösung des vorliegenden Vertrags und Weiterführung desselben durch einen anderen Versicherer für denselben Personenkreis oder Teile davon;
- c) für Personen mit einem zeitlich befristeten Arbeitsvertrag von drei Monaten oder weniger sowie für gelegentlich beschäftigtes Aushilfspersonal;

d) für selbständig Erwerbende und/oder deren mitarbeitende Familienangehörige, die weder einen Barlohn beziehen noch AHV-Beiträge entrichten;

e) für Personen ab dem Bezug der AHV-Altersrente oder nach Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters;

f) sofern die vereinbarte Leistungsdauer aus der Kollektivversicherung ausgeschöpft ist;

g) bei einer befristeten Deckungszusage, ohne dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt;

h) bei Kündigung oder Ausschluss als Folge einer Anzeigepflichtverletzung;

i) bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

6 Ist die versicherte Person beim Ausscheiden aus dem versicherten Betrieb arbeitsunfähig, werden sämtliche Leistungen der Kollektivversicherung belastet. Dasselbe gilt, wenn die versicherte Person innerhalb von 180 Tagen nach dem Übertritt in die Einzelversicherung einen Rückfall einer Krankheit erleidet, die bereits während des Kollektivvertrags behandlungsbedürftig war.

Art. 13 Anspruch auf Taggeldleistungen

1 Ist die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt KV A bei voller Arbeitsunfähigkeit das im Vertrag aufgeführte Taggeld bis zur Höhe des nachgewiesenen Erwerbsausfalls.

2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

3 Gilt die versicherte Person als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG, bezahlt KV A die Leistungen bis zur Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung wie folgt:

a) bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25% das halbe Taggeld;

b) bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Taggeld.

4 KV A bezahlt kein Krankentaggeld,

a) solange die versicherte Person Leistungen aus der eidgenössischen oder kantonalen Mutterschaftsversicherung oder aus einer privaten Geburtentaggeldversicherung bezieht;

b) nach jeder Geburt, die nach dem 6. Schwangerschaftsmonat erfolgt, während der Dauer des gesetzlichen Beschäftigungsverbots.

5 Ausländer ohne Niederlassungs- oder Jahresaufenthaltsbewilligung in der Schweiz, die sich im Ausland aufhalten, können keine Leistungen mehr beziehen, sobald die gesetzliche Frist zur Lohnfortzahlung seitens des Arbeitgebers abgelaufen ist. Davon ausgenommen sind Auslandsaufenthalte im Auftrag des Arbeitgebers. Für Grenzgänger aus EU-/EFTA-Mitgliedstaaten mit entsprechender Grenzgängerbewilligung (Ausländerausweis G) gelten diese Einschränkungen nur ausserhalb ihres Wohnortes in einem EU-/ EFTA-Mitgliedstaat und dessen näherer Umgebung.

6 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne die Zustimmung von KV A ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthalts kein Anspruch auf Leistungen.

Art. 14 Leistungsbeginn und Wartefrist

1 Wird die versicherte Person arbeitsunfähig und dauert die Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist an, bezahlt KV A für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld bis zur Höhe des nachgewiesenen Erwerbsausfalls.

2 Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25%, frühestens aber drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Tage mit mindestens 25-prozentiger Arbeitsunfähigkeit

zählen für die Berechnung der Wartezeit als ganze Tage.

Art. 15 Rückfall

1 Das erneute Auftreten einer Krankheit gilt als Rückfall. Es wird als neuer Krankheitsfall behandelt, wenn die versicherte Person vor der neuen Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen während mindestens 365 Tagen im Rahmen des Anstellungspensums zum Zeitpunkt der neuen Arbeitsunfähigkeit voll arbeitsfähig war.

2 Arbeitsunfähigkeitstage von mindestens 25% aus früheren Arbeitsunfähigkeitsperioden werden bei einem Rückfall wie folgt berücksichtigt:

- a) Bei vorbestandener Versicherungsdeckung werden die Tage sowohl an die Leistungsdauer sowie an die Wartezeit angerechnet.
- b) Bei fehlender Versicherungsdeckung werden die Tage nur an die Leistungsdauer angerechnet.

3 Rückfälle nach Erlöschen des Kollektivversicherungsschutzes sind nur im Rahmen der Taggeldhöhe der bei KV A bestehenden Einzeltaggeldversicherung versichert.

Art. 16 Leistungsdauer

1 Das Taggeld wird maximal während der vertraglich festgelegten Dauer ausbezahlt. Die Wartezeit wird an die Leistungsdauer angerechnet.

2 Tritt während eines Krankheitsfalls eine zusätzliche Krankheit ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falls an die Leistungsdauer angerechnet.

3 Besteht zum Zeitpunkt des Erreichens des ordentlichen AHV-Rentenalters eine Arbeitsunfähigkeit, so erlischt der Leistungsanspruch, ausser die versicherte Person weist nach, dass das Arbeitsverhältnis bei bestehender Arbeitsfähigkeit angedauert

hätte. Vom ordentlichen AHV-Rentenalter an wird das Taggeld noch während maximal 180 Tagen für alle laufenden und künftigen Versicherungsfälle zusammen ausgerichtet, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Altersjahr.

4 Tage mit mindestens 25-prozentiger Arbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage.

5 Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes bezahlt KV Adas Taggeld für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, bis die versicherte Person wieder mindestens 75% arbeits- oder erwerbsfähig ist und maximal bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

6 Tritt nach Ausschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer eine neue Krankheit auf, so besteht für diese nur Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person zuvor ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiedererlangt hat, und nur im Umfang der durch die neue Krankheit bedingten zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit.

7 Wenn der Leistungsanspruch gemäss Abs. 1 ausgerechnet ist und ein Rückfall gemäss Art. 15 Abs. 1 eintritt, erbringt KV Adas Taggeld maximal während der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Art. 324a OR.

Art. 17 Leistungen Dritter

1 Erhält die versicherte Person für die Krankheit eine Leistung von staatlichen oder betrieblichen Versicherungen oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt KV A diese Leistungen nach Ende der Wartezeit bis zur Höhe des versicherten Taggelds. Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartezeit voll. Diese Bestimmungen gelten auch für gleichartige Versicherungsinstitutionen mit Sitz im

Fürstentum Liechtenstein sowie im übrigen Ausland.

2 Für die Dauer, während welcher der Versicherte gemäss kantonaler oder eidgenössischer Gesetzgebung Anspruch auf Familienzulagen hat, ruht die Leistungspflicht von KV A für die Familienzulagen.

3 KV A erbringt im Rahmen von freiwilligen Vorleistungen an Stelle eines haftpflichtigen Dritten Taggeldzahlungen zur Deckung des Erwerbsausfalls nur gegen schriftliche Abtretung der Ansprüche des Versicherten oder Anspruchsberechtigten im Umfang ihrer Leistungen.

4 Steht der Taggeld- oder Rentenanspruch einer staatlichen oder betrieblichen Versicherung noch nicht fest, so kann KV A das versicherte Taggeld freiwillig bevorschussen. In diesem Fall fordert KV A die zu viel erbrachten Leistungen ab Beginn des Taggeldoder Rentenanspruchs bei der versicherten Person zurück. Die allfällige Bevorschussung erfolgt deshalb unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Verrechnung mit den Leistungen der eidgenössischen IV oder der Verrechnung der Rückforderung von KV A anlässlich der Taggeld- oder Rentennachzahlung anderer staatlicher oder betrieblicher Versicherungen. Die Rückforderung oder Verrechnung erfolgt im Umfang der für die gleiche Zeit zugesprochenen IV-Rente bzw. Taggelder oder Renten anderer staatlicher oder betrieblicher Versicherungen und kann ohne zusätzliche Vollmacht der versicherten Person erfolgen. Die versicherte Person tritt im Umfang der Vorleistungen von KV A ihre Ansprüche gegenüber den anderen Versicherungsträgern an KV A ab.

5 Bestehen zur Deckung des Verdienstausfalls mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, wird der versicherte Verdienstausfall aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten

Versicherern zusammen garantierten Leistungen gedeckt. Diese Bestimmung gilt nicht für versicherte Personen mit vereinbartem Jahresverdienst.

6 Die Leistungspflicht von KV A entfällt, wenn die versicherte Person ohne vorherige Zustimmung von KV A einen Vergleich mit Dritten abschliesst.

7 KV A ist nicht leistungspflichtig, wenn die versicherte Person eine Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.

8 Die versicherte Person hat KV A über Art und Ausmass sämtlicher Leistungen Dritter unverzüglich zu informieren.

Art. 18 Berechnung der Leistungen

1 Als Grundlage für die Bemessung der prozentualen Taggelder gilt der letzte vor der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bezogene AHV-Lohn inklusive Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltszulagen im orts- oder branchenüblichen Rahmen gewährt werden. Vorbehalten bleibt eine Anpassung in Fällen, in denen dieser Lohn nicht mehr den tatsächlichen Verhältnissen (mutmasslich entgangener Verdienst) entsprechen würde. Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Für nicht AHV-Pflichtige werden ebenfalls die AHV-Normen, inklusive Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltszulagen im orts- oder branchenüblichen Rahmen gewährt werden, angewendet. Allfällige Lohnerhöhungen während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden nicht berücksichtigt. Individuell vereinbarte Lohnanpassungen oder Änderungen des Angestelltenverhältnisses werden in der Taggeldberechnung berücksichtigt, sofern diese vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit schriftlich vereinbart worden sind.

2 Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Stundenlöhner, Temporärangestellte, Provisionsbezüger, unregelmässig tätige Aushilfen), so erfolgt die Berechnung des Taggelds folgendermassen: Der in den letzten zwölf Monaten vor der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit erzielte AHV-Lohn, inklusive Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltszulagen im orts- oder branchenüblichen Rahmen gewährt werden, wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt.

3 Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit als für den versicherten Betrieb wird nicht berücksichtigt.

4 Sofern im Voraus ein Jahresverdienst vereinbart wurde, gilt dieser. Der vereinbarte Jahresverdienst gilt nicht als Summenversicherung, sondern als Schadenversicherung. Wir verzichten auf den Nachweis des tatsächlichen Erwerbsausfalls bis zur Höhe des vereinbarten Jahresverdienstes. Über den vereinbarten Jahresverdienst hinausgehende Erwerbseinbussen sind nicht versichert. Besteht nach Ende der Leistungsdauer eine dauernde Erwerbsunfähigkeit, reduziert sich der vereinbarte Jahreslohn um den entsprechenden Prozentsatz.

5 Wurde für die sich in Ausbildung befindenden Personen kein Jahresverdienst vereinbart, gilt der tatsächliche bzw. nach Abschluss der Ausbildung der branchenübliche oder im bereits abgeschlossenen Arbeitsvertrag festgelegte Lohn.

6 Der versicherte Verdienst pro Person und Jahr ist auf CHF 250 000.– und pro Tag auf den 365. Teil davon begrenzt, ausser es bestehen andere Vereinbarungen.

7 Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

Art. 19 Geburtengeld

1 Sofern in der Police aufgeführt, bezahlt KV Adas versicherte Geburtengeld in Ergänzung zur gesetzlichen Mutterschaftsentschädigung während der vereinbarten Kalendertage für jede Geburt. Die vereinbarte Wartezeit wird an die Leistungsdauer angerechnet.

2 Besteht die Geburtengeldversicherung für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt seit weniger als 270 Tagen, wird das Geburtengeld für 21 Kalendertage (abzüglich der vereinbarten Wartezeit) bezahlt.

IV Verhaltenspflichten

Art. 20 Frist für Anmeldung der Krankheit

1 Wer Taggeldleistungen beziehen will, muss sich spätestens fünf Tage nach Ablauf der Wartezeit melden. Ist jedoch eine Wartezeit von mehr als 30 Tagen vereinbart, muss die Anzeige spätestens nach 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit erfolgen.

2 Trifft die Krankmeldung später ein, so gilt der Tag des Eintreffens als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. 3 Dauert die Krankheit länger als einen Monat, benötigt KV A monatlich ein Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. KV A zahlt das Taggeld in diesem Fall monatlich.

Art. 21 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten

1 Die versicherte Person unternimmt alles, was der Abklärung der Krankheit und ihrer Folgen dienen kann. Im Sinne der Schadenminderungspflicht unterlässt die versicherte Person alles, was mit der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit dem Bezug von Taggeldern nicht vereinbar ist und den Heilungsverlauf gefährdet oder verzögert. Die Ärzte, die die versicherte Person behandeln oder behandelt haben, sind KV A gegenüber von der beruflichen Schweigepflicht zu entbinden.

2 Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über die Verhaltenspflichten im Krankheitsfall.

Art. 22 Beizug eines zugelassenen Arztes

1 Bei einer Krankheit zieht die versicherte Person einen zugelassenen Arzt bei und sorgt für fachgemässe Behandlung. Die versicherte Person folgt den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals. Jede versicherte Person ist verpflichtet, sich einer Untersuchung oder Begutachtung durch Ärzte, die KV A beauftragt hat, zu unterziehen.

2 KV A ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Informationen einzuholen. Darunter fallen beispielsweise Belege und Auskünfte, ärztliche Zeugnisse, Berichte, Lohnabrechnungen oder amtliche Akten.

Art. 23 Schadenminderungspflicht

1 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person 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.

2 Sofern eine in ihrem angestammten Beruf arbeitsunfähige versicherte Person nicht innerhalb des Betriebs eingegliedert werden kann, ist sie gehalten, innert drei Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und sich bei der Invaliden- und Arbeitslosenversicherung anzumelden.

3 Wird die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, so erfolgt die Taggeldberechnung unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht der versicherten Person.

4 Meldet sich die arbeitsunfähige Person nicht bei der Arbeitslosen- bzw. der

Invalidenversicherung an, so kann KV A die Taggeldzahlungen einstellen oder reduzieren. Allfällige Leistungen werden unter Berücksichtigung der von diesen Versicherungen mutmasslich zu erbringenden Leistungen berechnet.

Art. 24 Folgen bei Nichtbeachtung der Verhaltenspflichten

Werden die Pflichten gemäss Art. 20–23 verletzt, kann KV A ihre Leistungen kürzen oder verweigern.

Art. 25 Quellensteuer

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

2 Wird KV A trotzdem von der Steuerbehörde belangt, steht ihr ein Regressrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

Art. 26 Verrechnung und Rückforderung

Bezahlt KV A irrtümlich Taggelder, sind diese vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten. Zugunsten von KV A besteht ein Verrechnungsrecht, nicht aber für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person.

Art. 27 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber KV A dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden. Abtretungen oder Verpfändungen derartiger Forderungen können gegenüber KV A nicht durchgesetzt werden.

V Prämie

Art. 28 Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämien ist der AHV-Lohn bis CHF 250 000.– pro Person und

Jahr, ausser wenn andere Vereinbarungen existieren. Die an nicht AHV-pflichtige Personen bezahlten Löhne sind ebenfalls nach den AHV-Normen zu berücksichtigen. Wurden Jahreslöhne vereinbart, gelten diese.

Art. 29 Prämienabrechnung

1 Sind Vorausprämien vereinbart, gibt der Versicherungsnehmer KV A nach Erhalt des Deklarationsformulars innert Monatsfrist die notwendigen Angaben bekannt. Gestützt auf diese Angaben berechnet KV A die endgültigen Prämienbeträge.

2 Versäumt es der Versicherungsnehmer, die Angaben fristgerecht mitzuteilen, setzt KV A die Prämie mittels Schätzung fest. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Schätzung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zu beanstanden. Ohne Beanstandung gilt die geschätzte Prämie als akzeptiert.

3 KV A kann alle massgeblichen Unterlagen (z. B. Lohnaufzeichnungen, Belege, AHV-Abrechnungen) des Betriebs einsehen und insbesondere eine Kopie der AHV-Deklaration einverlangen, um die Angaben auf dem Deklarationsformular zu prüfen. KV A ist auch berechtigt, direkt bei der AHV Einsicht zu nehmen. 4 Die definitive Prämie des Vorjahrs gilt als neue Vorausprämie für das darauf folgende Versicherungsjahr.

Art. 30 Prämienzahlung

1 Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus am Verfalltag zur Zahlung fällig. Bei Ratenzahlung bleibt die ganze Jahresprämie geschuldet. Ist nichts anderes vereinbart, gilt der 1. Januar als Hauptprämienverfall und das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

2 Wird die Prämie nicht termingerecht entrichtet, fordert KV A den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die

Säumnisfolgen schriftlich zur Zahlung innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, auf. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht von KV A (Deckungsunterbruch) für laufende Arbeitsunfähigkeiten vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Zahlung der Prämien samt Zinsen und Kosten. Für neue Krankheitsfälle, die während des Deckungsunterbruchs entstehen, besteht auch bei vollständiger Bezahlung der rückständigen Prämie keine Leistungspflicht.

3 Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahrs aufgehoben, erstattet KV A die bezahlte Prämie zurück, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt. Raten, die später fällig werden, fordert KV A nicht mehr ein. Die Bestimmungen über die Prämienabrechnung gemäss Art. 29 bleiben vorbehalten.

4 Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode bleibt jedoch ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Leistungsfall innerhalb eines Jahres seit Vertragsabschluss kündigt.

Art. 31 Prämienanpassung

1 KV A kann die Prämienätze auf Ende des Versicherungsjahrs an die Leistungsentwicklung anpassen.

2 Ändert sich der Prämientarif, kann KV A die Anpassung des Vertrags vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen.

3 KV A teilt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämienätze und Prämien spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahrs mit.

4 Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den gesamten Vertrag oder lediglich die Leistungsart, deren Prämienatz oder Prämie erhöht wurde, auf das Ende des laufenden Versicherungsjahrs zu kündigen. In diesem Fall erlischt der gesamte Vertrag oder Teile davon

mit dem Ablauf des Versicherungsjahrs. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahrs in schriftlicher Form bei KV A eintreffen.

5 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrags.

VI Überschussbeteiligung

Art. 32 Grundsatz

1 Der Versicherungsnehmer erhält einen Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Vertrag, sofern dies in der Police so vorgesehen ist. Der Anspruch auf Überschuss entsteht jeweils nach drei vollen, aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren mit Überschussberechtigung.

2 Ändert sich der für den Überschuss massgebende Anteil innerhalb der Abrechnungsperiode, wird anteilmässig gewichtet.

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

Art. 33 Berechnung der Überschussbeteiligung

1 Von dem in der Police festgelegten Anteil der bezahlten Prämien wird der Aufwand für die erbrachten Leistungen abgezogen. Ergibt sich ein Überschuss, erhält der Versicherungsnehmer den vereinbarten Anteil. Ein Verlust wird nicht auf die nächste Abrechnungsperiode übertragen.

2 Die Abrechnung wird jeweils bis spätestens sechs Monate nach Ende der Abrechnungsperiode erstellt, sofern die entsprechenden Prämien bezahlt sind.

3 Wird der Versicherungsvertrag auf das Ende der Abrechnungsperiode gekündigt und sind

dann noch Leistungsfälle offen, wird die Abrechnung bis zu deren Erledigung zurückgestellt. Sämtliche Leistungen nach dem Aufhebungsdatum werden in der Berechnung der Überschussbeteiligung berücksichtigt.

4 Werden nach erfolgter Abrechnung Leistungsfälle nachgemeldet oder Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. KV A kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

VII Zusätzliche Bestimmungen für die Unfallversicherung

Art. 34 Inhalt

1 Sofern in der Police aufgeführt, bezahlt KV A das vereinbarte Taggeld auch bei Unfall. Die Unfallzusatzversicherung von KV A umfasst in Ergänzung zu Art. 8 auch Versicherungsschutz gegen die Folgen von Unfällen, unfallähnlichen Körperschädigungen und Berufskrankheiten.

2 Versichert sind Berufsunfälle, unfallähnliche Körperschädigungen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfälle, die sich während der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung ereignen. Es gelten die für die gesetzliche Unfallversicherung (UVG) massgebenden Begriffsdefinitionen.

3 Kein Anspruch auf die versicherten Leistungen besteht bei Unfällen

a) die die versicherte Person absichtlich herbeigeführt hat;

b) als Folge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;

c) infolge kriegerischer Vorfälle und Terroranschläge. Wird die versicherte Person im Ausland von diesen überrascht, erlischt der Versicherungsschutz jedoch erst 14 Tage nach

deren erstmaligem Auftreten. Wird die versicherte Person Opfer einer Flugzeugentführung, bezahlt KV A die vollen Leistungen, auch wenn das Flugzeug in ein Land entführt wird, das in kriegerische Vorfälle verwickelt ist. Keine Leistungen erbringt KV A, wenn die versicherte Person Opfer einer Flugzeugentführung wird, die mehr als 48 Stunden nach Ausbruch eines Kriegs stattfindet;

d) bei ausländischem Militärdienst;

e) bei Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen;

f) in Ausübung oder beim Versuch eines Verbrechens oder Vergehens. Darunter fallen auch Unfälle infolge Alkohol- oder Drogenkonsums beim Lenken von Motorfahrzeugen;

g) bei Teilnahme an Unruhen;

h) bei Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;

i) bei Teilnahme an Motorfahrzeugrennen und Rallies einschliesslich Trainingsfahrten;

k) als Folge der Einwirkung ionisierender Strahlen und von Schäden aus Nuklearenergie. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls oder einer versicherten Berufskrankheit sind jedoch versichert.

4 Im Übrigen gelten die Bestimmungen dieser AVB und des Vertrags sinngemäss.

VIII Schlussbestimmungen

Art. 35 Mitteilungen

1 Alle Mitteilungen sind an KV A, oder an die in der Versicherungspolice aufgeführte Betreuungsstelle zu richten.

2 Mitteilungen von KV A an den Versicherungsnehmer erfolgen rechtsgültig an die letzte uns bekannte Adresse.

Art. 36 Gerichtsstand

Als Gerichtsstand stehen dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person der ordentliche Gerichtsstand und sein schweizerischer oder liechtensteinischer Wohnsitz zur Verfügung.