

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen

- 1 Gegenstand der Versicherung
- 2 Grundlagen des Vertrages
- 3 Definitionen

Versicherter Personenkreis

- 4 Versicherte Betriebe
- 5 Versicherte Personen
- 6 Versicherbares Erwerbseinkommen
- 7 Örtlicher Geltungsbereich

Beginn und Ende der Versicherung

- 8 Beginn der Versicherung
- 9 Ende des Versicherungsschutzes
- 10 Kündigung
- 11 Übertritt in die Einzelversicherung

Leistungen

- 12 Leistungsvoraussetzungen
- 13 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall
- 14 Verletzung der Obliegenheiten
- 15 Leistungsbeginn
- 16 Wartefrist
- 17 Leistungsdauer
- 18 Leistungsunterbruch

- 19 Mutterschaft
- 20 Geburtengeld
- 21 Berechnung des Taggeldes
- 22 Versicherungsgewinn
- 23 Überentschädigung
- 24 Vorleistung und Regressrecht
- 25 Auszahlung
- 26 Verpfändung und Abtretung von Leistungen
- 27 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Prämien

- 28 Grundlagen der Prämienberechnung
- 29 Prämienzahlung
- 30 Lohnsummendeklaration
- 31 Rückerstattung der Prämie
- 32 Zahlungsverzug
- 33 Versicherung mit Überschussbeteiligung
- 34 Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht
- 35 Änderung des Prämientarifs
- 36 Änderung des Prämienatzes

Schlussbestimmungen

- 37 Mitteilungen und Informationspflicht
- 38 Gerichtsstand

Die Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürich ist Trägerin der Versicherungen nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Die Versicherungsleistungen werden von der Helsana Zusatzversicherungen AG in ihrer Eigenschaft als Partei des Versicherungsvertrages erbracht. Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG vorzunehmen.

Grundlagen

1 Gegenstand der Versicherung

Die Kollektiv-Taggeldversicherung der Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürich nachfolgend der Versicherer genannt, gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Zusätzlich kann ein Geburtengeld versichert werden.

2 Grundlagen des Vertrages

Als Grundlagen des Vertrages gelten:

- 2.1 die Police und allfällige Nachträge dazu;
- 2.2 die im Versicherungs-Antrag und allfälligen Gesundheitsdeklarationen aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person;
- 2.3 die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);
- 2.4 allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB);
- 2.5 das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG);
- 2.6 Besondere Abreden bzw. Vereinbarungen, soweit diese vom Versicherer in der Police als Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) bestätigt worden sind.

3 Definitionen

- 3.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 3.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat. Die in der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung (UVV) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.
- 3.3 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3.4 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.
- 3.5 Erwerbsunfähigkeit ist die 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.
- 3.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 3.7 Als Arzt gilt jeder in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Arzt, Zahnarzt bzw. Chiropraktor mit einem eidgenössischen oder einem entsprechenden ausländischen Diplom, im Ausland der zur Berufsausübung ermächtigte Inhaber eines gleichwertigen Fähigkeitsausweises.

Versicherter Personenkreis

4 Versicherte Betriebe

Als versicherter Betrieb gelten die in der Police aufgeführten Haupt-/Nebenbetriebe, Filialen und Tochtergesellschaften.

5 Versicherte Personen

- 5.1 Versichert sind die im Vertrag aufgeführten Personen oder Personengruppen;
- 5.2 Arbeitnehmende sind versichert,
- wenn zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeitsverhältnis besteht,
 - wenn sie der Schweizer AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären oder bei Eintritt ins AHV-Alter voll arbeitsfähig sind und weiterhin im versicherten Betrieb beschäftigt werden und
 - wenn sie das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben, vorbehältlich Ziff. 5.5 c).
- 5.3 Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sind nur versichert, wenn sie namentlich in der Police aufgeführt sind.
- 5.4 Nur aufgrund besonderer vertraglicher Vereinbarung sind versichert:
- a) Kurzfristige Aushilfen mit einem bis zu 3 Monaten befristeten Arbeitsvertrag;
 - b) Teilzeitbeschäftigte, welche weniger als 8 Stunden pro Woche arbeiten;
 - c) Stundenlöhner, welche kein fix bestimmtes, regelmässiges Pensum von mindestens 8 Stunden pro Woche im Betrieb absolvieren;
 - d) Heimarbeiter;
 - e) 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.
- 5.5 Nicht versichert sind:
- a) das dem Versicherungsnehmer bzw. dem versicherten Betrieb durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
 - b) Personen, die im Auftragsverhältnis für den versicherten Betrieb tätig sind;
 - c) Personen, die bei Arbeitsaufnahme resp. Versicherungsbeginn das AHV-Alter erreicht haben.

6 Versicherbares Erwerbseinkommen

- 6.1 Bei Arbeitnehmenden ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz des effektiven AHV-Lohnes versichert. Vorbehalten bleiben andere vertragliche Vereinbarungen. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn des Versicherungsfalls bezogene Lohn. Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt. Lohnerhöhungen während eines Taggeldbezuges werden nicht berücksichtigt, es sei denn, die Erhöhung erfolge zwingend aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV). Der höchstversicherte Jahreslohn ist in der Police aufgeführt.
- 6.2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist maximal das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen versichert.

7 Örtlicher Geltungsbereich

- 7.1 Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.
- 7.2 Bei Aufenthalten ausserhalb der Schweiz in Staaten, die nicht der europäischen Union (EU) oder der europäischen Freihandelszone (EFTA) angehören, werden nur Leistungen erbracht, wenn ein Spitalaufenthalt medizinisch notwendig ist und nur so lange, wie die Rückkehr in die Schweiz nicht möglich ist.
- 7.3 Die in Ziff. 7.2 genannten Voraussetzungen fallen weg für aus der Schweiz entsandte versicherte Personen, während
- sie sich im Land ihres Arbeitsortes ausserhalb der EU oder der EFTA aufhalten,
 - sie dem Bundesgesetz über die AHV (AHVG) unterstellt sind und
 - seit ihrem Arbeitsantritt im Ausland noch keine 2 Jahre vergangen sind (spezielle Bewilligungen werden im Einzelfall geprüft).

Beginn und Ende der Versicherung

8 Beginn der Versicherung

- 8.1 Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers angegebenen Datum.
- 8.2 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.
- 8.3 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, muss die Aufnahme in die Versicherung einzeln beantragt werden.
- 8.4 Für neu eintretende Arbeitnehmende beginnt die Versicherung mit dem Tag der Arbeitsaufnahme. 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).
- 8.5 Teilinvalide oder behinderte Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme bzw. bei Beginn der Versicherung für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein. Eine vorübergehende oder dauernde Verschlimmerung des Leidens, das zur Teilinvalidität führte, ist nicht versichert.
- 8.6 Haben versicherte Personen aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.

9 Ende des Versicherungsschutzes

- 9.1 Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Kollektivvertrages.
- 9.2 Der Kollektivversicherungsvertrag endet:
- Bei Kündigung
 - Bei Konkurseröffnung des Versicherungsnehmers
 - Bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland
 - Bei Einstellung des Betriebes
 - Zum Zeitpunkt der Handänderung
- 9.3 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person:
- mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Versicherungsnehmers;
 - mit Erreichen des AHV-Alters bzw. mit der Vollendung des 70. Altersjahres für diejenigen versicherten Personen, welche im Sinne von Ziff. 5.2 weiter versichert waren;
 - sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird;
 - mit dem Tod der versicherten Person.
- 9.4 Für versicherte Personen, die bei Ende der Versicherung arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung. Rückfälle gemäss Ziff. 17.2 geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen.
- 9.5 Die Nachleistung gemäss Ziff. 9.4 kommt nicht zur Anwendung,
- wenn der Vertrag bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird, der aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung der Taggeldzahlungen gewährleisten muss;
 - wenn der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist;
 - wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis gehandelt hat.

10 Kündigung

- 10.1 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder durch den Versicherer erstmals bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums sowie später auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus im Besitze des Versicherers bzw. des Versicherungsnehmers sein. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Hauptverfall.
- 10.2 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag jeweils zu kündigen, wenn der Versicherer eine Entschädigung für einen neuen 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.

11 Übertritt in die Einzelversicherung

- 11.1 Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzel-Taggeldversicherung nach VVG des Versicherers überzutreten. Das gleiche Recht steht den versicherten Personen zu, wenn der Kollektivversicherungsvertrag dahin fällt.
- 11.2 Der Versicherungsnehmer hat versicherten Personen, die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von 3 Monaten aufzuklären. Die gleiche Pflicht gilt auch bei Auflösung des Kollektivvertrages.
- 11.3 Die Frist beginnt mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung, die auf das Recht auf Übertritt aufmerksam macht. Erhält die versicherte Person eine Nachleistung gemäss Ziff. 9.4, beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch den Versicherer.
- 11.4 Die Übertretenden haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich jedoch auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV), im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Massgebend für den neuen Vertrag sind die Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

- 11.5 Bei Rückfällen, welche im Rahmen der Einzelversicherung abgerechnet werden, wird die bisherige Bezugsdauer aus dem Kollektivvertrag angerechnet.
- 11.6 Keine Freizügigkeit bzw. kein Übertrittsrecht besteht für versicherte Personen,
- die im Ausland wohnen (vorbehalten bleiben die Bestimmungen gemäss Abkommen über den freien Personenverkehr);
 - die mit einem befristeten Arbeitsvertrag angestellt sind. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG;
 - die kein versicherbares Einkommen haben;
 - die das AHV-Alter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden;
 - wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind.
- 11.7 Ferner besteht kein Übertrittsrecht
- bei Stellenwechsel und Übertritt in die Kollektivkrankentaggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers;
 - bei Auflösung des Vertrages und Weiterführung bei einem anderen Versicherer, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.
 - wenn das Arbeitsverhältnis während der Probezeit aufgelöst worden ist. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.
-
- Leistungen**
-
- 12 Leistungsvoraussetzungen**
- 12.1 Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
- 12.2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % massgebend.
- 12.3 Teilinvalide oder behinderte versicherte Personen 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.
- 12.4 Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.
- 12.5 Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese medizinisch notwendig sind und dem Versicherer rechtzeitig vor Kurbeginn ein Kurgesuch eingereicht wird.
- 12.6 Begibt sich die versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.
- 13 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall**
- 13.1 Eine Arbeitsunfähigkeit muss durch den Versicherungsnehmer bei Versicherungen mit Wartefristen zwischen 0 und 10 Tagen spätestens 15 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherer gemeldet werden. Bei Wartefristen ab 11 Tagen muss die Meldung innerhalb von 35 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherer erfolgen. Innert weiterer 3 Tage seit Krankmeldung ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes einzureichen. Bei unentschuldigter verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang dieser Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- 13.2 Die versicherte Person hat den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.
- 13.3 Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen der Medizinalpersonen Folge zu leisten.
- 13.4 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 13.5 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. 14 aufmerksam.

- 13.6 Die versicherte Person hat sich regelmässig in ärztliche Behandlung oder Kontrolle zu begeben. Zusätzlich ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von ihr als nötig erachteten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen durch Krankenbesuche zu kontrollieren.
- 13.7 Die versicherte Person ist verpflichtet bei der Durchführung dieser Versicherung mitzuwirken. Insbesondere muss sie dem Versicherer sämtliche Angaben machen, die diese zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt.
- 13.8 Der Versicherer macht die Leistung davon abhängig, dass der Fall den übrigen betroffenen Versicherungen 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.
- 14 Verletzung der Obliegenheiten**
- 14.1 Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwer wiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten der vorliegenden AVB verletzt; insbesondere wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht oder einer Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt.
- 14.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Obliegenheiten oder Pflichten den Umständen nach als entschuldbar anzusehen ist.
- 15 Leistungsbeginn**
- 15.1 Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.
- 15.2 Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber während 6 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. Es gelten die Obliegenheiten gemäss Ziff. 13 AVB, insbesondere betreffend Krankmeldung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.
- 16 Wartefrist**
- Die vereinbarte Wartefrist ist in der Police aufgeführt und wird pro Schadenfall berechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.
- 17 Leistungsdauer**
- 17.1 Der Versicherer leistet das Taggeld pro Schadenfall während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, abzüglich der vereinbarten Wartefrist. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage. Vorbehalten bleiben jene Fälle in denen die versicherte Person nach Ausscheiden aus der Kollektivversicherung ihr Übertrittsrecht nicht ausübt.
- 17.2 Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Folgen eines Unfalles gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Schadenfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall während mindestens 365 Tagen wegen dieser Krankheit oder den Folgen dieses Unfalles nicht arbeitsunfähig war. Bei einem Rückfall innerhalb von 365 Tagen entfällt die bereits bestandene Wartefrist und bereits erbrachte Leistungen werden zur Berechnung der maximalen Leistungsdauer angerechnet.
- 17.3 Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer für einen Schadenfall ist die versicherte Person für diesen Schadenfall ausgesteuert. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bleibt versichert.

17.4 Für versicherte Personen, die bei Beginn des Schadenfalles eine Altersrente der AHV beziehen, gilt eine Leistungsdauer von gesamthaft 180 Kalendertagen anstelle der in der Police aufgeführten Leistungsdauer.

17.5 Für versicherte Personen mit befristetem Arbeitsverhältnis werden die Taggelder maximal für die Dauer des zeitlich begrenzten Arbeitsverhältnisses gewährt.

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

18 Leistungsunterbruch

18.1 Kommt es während dem Taggeldbezug zu einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (z. B. Gefängnis, Untersuchungshaft usw.) so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet. Die nicht entschädigten Tage werden an die Leistungsdauer als ganze Tage angerechnet.

18.2 Eine arbeitsunfähige versicherte Person, die ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz vorübergehend verlässt (z. B. Ferienzwecken) verliert ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen bis zur Rückkehr in die Schweiz. Die im Ausland verbrachten Tage werden in jedem Fall an die Leistungsdauer angerechnet.

19 Mutterschaft

Die Leistungspflicht bei Krankheit und Unfall ruht während 8 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. Vorbehalten bleibt die Versicherungsdeckung des Geburtengeldes im Sinne von Ziff. 20.

20 Geburtengeld

20.1 Ist ein Geburtengeld vereinbart, geht die Leistung des Versicherers aus der Police hervor. Selbständigerwerbende, Betriebsinhaberinnen und Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sind nicht versichert.

20.2 Der Leistungsanspruch beginnt mit der Auszahlung der Mutterschaftsleistungen nach EOG. Die Leistungsdauer kann nicht unterbrochen werden und ein gleichzeitiger Anspruch auf Krankentaggeld ist ausgeschlossen. Im Übrigen gelten die Anspruchsvoraussetzungen gemäss EOG. Bezüglich Überentschädigung gilt Ziff. 23.1.

20.3 Ist die versicherte Person bei der Geburt weniger als 270 aufeinander folgende Tage für das Geburtengeld versichert, bezahlt der Versicherer keine Leistungen. Allfällige Freizügigkeitsbestimmungen bleiben vorbehalten.

21 Berechnung des Taggeldes

Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren.

22 Versicherungsgewinn

22.1 Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst (Schadenversicherung).

22.2 Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die volle Deckung des Erwerbsausfalles der versicherten Person übersteigen. Ausgenommen davon sind Leistungen von Summen-, Kapital- und Rentenversicherungen, welche im Rahmen der freien Vorsorge abgeschlossen worden sind.

23 Überentschädigung

23.1 Das Zusammentreffen mit Leistungen von Sozialversicherern darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe der versicherten Leistungen gemäss Ziff. 6.1 bzw. 6.2. Die Taggeldleistungen werden im Nachgang zu den Leistungen von Sozialversicherungen und Versicherungen gemäss BVG erbracht. 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.

23.2 Der Versicherer fordert Leistungen, die sie im Hinblick auf eine Invalidenrente erbringt, ab dem Datum des Rentenbeginns direkt von der Eidg. Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung gemäss Ziff. 23.1. Besteht bei einem Privatversicherer eine Taggeldversicherung für Krankheit oder Unfall, gewährt der Versicherer das Taggeld anteilmässig.

24 Vorleistung und Regressrecht

- 24.1 Der Versicherer entrichtet vorschussweise Leistungen unter der Bedingung, dass ihm der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten (einschliesslich Haftpflichtversicherer) bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtreten und sich verpflichten, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegensteht.
- 24.2 Treffen Versicherungsnehmer oder versicherte Personen mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber des Versicherers dahin.

25 Auszahlung

- 25.1 Die Versicherungsleistung wird spätestens 4 Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, indem der Versicherer die für die Feststellung ihrer Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat. Bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer auf Verlangen das aufgelaufene Taggeld in Teilbeträgen aus, jedoch höchstens einmal im Monat.
- 25.2 Die Leistungsauszahlungen erfolgen, wo nicht etwas anderes vereinbart ist, an den Versicherungsnehmer. Vorbehalten bleibt das selbständige Forderungsrecht der versicherten Personen im Sinne von Art. 87 VVG.

26 Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung des Versicherers können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

27 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- 27.1 Bei Krankheiten, Unfällen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen erbracht:
- a) bei Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich Versicherte 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;
 - b) bei Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen Schädigungen durch medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit einem gedeckten Versicherungsfall.
- 27.2 Für Unfälle und deren Folgen werden ausserdem keine Versicherungsleistungen erbracht
- a) bei aussergewöhnlichen Gefahren. Als solche gelten:
 - aa) Teilnahme an Unruhen;
 - ab) ausländischer Militärdienst;
 - ac) Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu;
 - ad) Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, Versicherte seien als unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - ae) Gefahren, denen Versicherte sich dadurch aussetzen, dass sie andere stark provozieren;
 - b) bei kriegerischen Ereignissen
 - ba) in der Schweiz;
 - bb) 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 vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden.

Prämien

28 Grundlagen der Prämienberechnung

- 28.1 Vorbehältlich anderer vertraglichen Vereinbarung ist für die Prämienberechnung das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen unter Berücksichtigung des höchstversicherten Jahreslohnes pro Person massgebend. Löhne oder Lohnanteile, auf denen wegen des Alters der versicherten Person keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.
- 28.2 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, gilt das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen für die Prämienberechnung.

29 Prämienzahlung

- 29.1 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet. Bei Ratenzahlung kann der Versicherer einen Zuschlag erheben.
- 29.2 Bei Arbeitnehmenden ergibt sich die Vorausprämie aus den voraussichtlichen Löhnen und wird jeweils am Anfang des folgenden Jahres aufgrund der endgültigen Lohnsummendeklaration abgerechnet.
- 29.3 Während der Arbeitsunfähigkeit entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus dem Kollektivvertrag. Dies gilt jedoch nicht für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind.

30 Lohnsummendeklaration

- 30.1 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils Ende Jahr auf, die definitiven Lohnsummen zu deklarieren. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer dazu ein Lohnsummendeklarationsformular zu, welches er innerhalb von 30 Tagen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zurückzusenden hat. Der Versicherer erstellt daraufhin die Schlussabrechnung für das vorangegangene Jahr.
- 30.2 Wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkommt, werden die Prämien durch Einschätzung festgesetzt. Stellt sich später heraus, dass dadurch Prämien entgangen sind, schuldet der Versicherungsnehmer neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins von 5 %.
- 30.3 Der Versicherer oder von ihm beauftragte Dritte haben das Recht, Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen oder Kopien seiner AHV-Abrechnungen zu verlangen.

31 Rückerstattung der Prämie

- 31.1 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 die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.
- 31.2 Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer den Vertrag gekündigt hat.
- 31.3 Eine Versicherungsperiode beginnt mit dem Hauptverfall gemäss Police und dauert ein Jahr.

32 Zahlungsverzug

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. 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 gilt der Vertrag als erloschen.

33 Versicherung mit Überschussbeteiligung

- 33.1 Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach drei Versicherungsjahren (Abrechnungsperiode jeweils vom 1. Januar – 31. Dezember) einen vertraglich vereinbarten Anteil am Überschuss aus seinem Vertrag.
- 33.2 Der Überschuss wird wie folgt ermittelt:
Vom Total der für die betreffende Abrechnungsperiode bezahlten definitiven Prämien werden abgezogen:
- die auf die Abrechnungsperiode entfallenen Leistungen;
 - die Verwaltungskosten, Rückstellungen und Reserven aufgrund des im Vertrag festgelegten Anteils.
- 33.3 Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die folgende Abrechnungsperiode vorgetragen.
- 33.4 Werden nach erfolgter Abrechnung Schadenfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zuviel bezahlte Überschussanteile zurück oder verrechnet diese mit den ausstehenden Taggeldauszahlungen.
- 33.5 Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt bei Aufhebung des Vertrages, sofern diese vor Ende einer Abrechnungsperiode erfolgt.

34 Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht

- 34.1 Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 34.2 Vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

35 Änderung des Prämientarifs

Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern bis spätestens 30 Tage vor Ende des Jahres die Änderung schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die von der Änderung betroffenen Vertragsteile oder den ganzen Vertrag per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

36 Änderung des Prämienatzes

- 36.1 Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien aufgrund des Schadenverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die zwei bis vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe der Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) die eingenommenen Risikoprämien, kann der Versicherer die Prämienätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.
- 36.2 Für Selbstständige, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, und wenn ausserdem keine Arbeitnehmenden versichert sind, können die Prämienätze an den Tarif der entsprechenden Altersgruppe angepasst werden.
- 36.3 Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämienätze spätestens 60 Tage vor dem Hauptverfall der Prämie bekannt. Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit dem neuen Prämienatz aufrecht zu erhalten.

Schlussbestimmungen**37 Mitteilungen und Informationspflicht**

- 37.1 An den Versicherungsnehmer:
Alle Mitteilungen an den Versicherungsnehmer bzw. an die von ihm genannte Ansprechstelle erfolgen an die letzte dem Versicherer bekannte Adresse in der Schweiz.
- 37.2 An die versicherten Personen:
Alle Mitteilungen an die versicherten Personen erfolgen durch den Versicherungsnehmer. Dieser hat die Pflicht, alle versicherten Personen über die wesentlichen Vertragsinhalte zu informieren.
- 37.3 An den Versicherer:
Alle Mitteilungen müssen direkt an den Versicherer gerichtet werden, und zwar in Deutsch, Französisch, Italienisch oder in Englisch. Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- 37.4 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsmozil, seine Ansprechstelle, die Art des Betriebes oder ändern die Besitzverhältnisse der Unternehmung, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

38 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten, am Arbeitsort des Anspruchsberechtigten oder am Hauptsitz der Helsana Zusatzversicherungen AG zuständig.