

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 Versichertes 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 Leistungsfall
- 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 Auszahlung
- 25 Verpfändung und Abtretung von Leistungen, Regressrecht
- 26 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Prämien

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

Schlussbestimmungen

- 36 Mitteilungen und Informationspflicht
 - 37 Datenschutz
 - 38 Gerichtsstand
-

Die Helsana Zusatzversicherungen AG erbringt die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den versicherten Personen und wird als «Versicherer» bezeichnet.

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 Versicherungsantrag 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 Unfalles 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 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.
- 3.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 3.7 Schadenversicherung ist diejenige Versicherung, bei welcher im Leistungsfall nur der tatsächlich entstandene und konkret nachweisbare Schaden im Rahmen des versicherten Erwerbseinkommens vergütet wird.
- 3.8 Als Arzt gilt jeder in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Arzt, Zahnarzt und 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 und
 - wenn sie das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht haben.
- Arbeitnehmende, welche bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters voll arbeitsfähig sind und weiterhin ohne Unterbruch im versicherten Betrieb tätig sind, bleiben bis zur Vollendung des 70. Altersjahres versichert.
- 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 und das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben.
- 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.
- 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 ordentliche AHV-Alter erreicht haben;
 - d) Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe, die nicht gleichzeitig als Arbeitnehmende im versicherten Betrieb tätig sind;
 - 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.



6 Versichertes Erwerbseinkommen

- 6.1 Bei Arbeitnehmenden ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz des effektiven AHV-Lohnes versichert. Der höchstversicherte Jahreslohn ist in der Police aufgeführt.

Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn des Versicherungsfalles 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.

Zwingende Lohnerhöhungen aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV) werden berücksichtigt.

Sind im versicherten Betrieb Mitglieder der Verwaltung und der geschäftsführenden Organe gleichzeitig als Arbeitnehmende tätig, sind auch die im AHV-Lohn enthaltenen Entgelte in Form von Verwaltungsrats-honoraren, Tantiemen, festen Entschädigungen und Sitzungsgeldern versichert.

- 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.
- 6.3 Sofern in der Police keine 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 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 Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmende fallen die in Ziff. 7.2 genannten Voraussetzungen weg. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen gemäss Ziff. 5.2.

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 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. Für eine vorübergehende oder dauernde Verschlimmerung des Leidens, das zur Teilinvalidität führte, ist die Leistungsdauer auf maximal 90 Tage begrenzt.
- 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 Kollektivvertrag endet bei:
- Kündigung,
 - Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer,
 - Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland,
 - Einstellung des Betriebes oder
 - Handänderung.
- 9.3 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 70. Altersjahres für diejenigen versicherten Personen, welche im Sinne von Ziff. 5.2 und 5.3 weiter versichert waren;
 - 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 Sozialversicherungs-Gesetzgebung unterstellt sind.
- 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.
- 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 oder
 - bei einem Rückfall gemäss Ziff. 17.2.

10 Kündigung

- 10.1 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 im Besitz 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 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 seinerseits auf dieses Kündigungsrecht.
- 10.3 Der Kündigungsverzicht durch den Versicherer gilt nicht im Falle eines versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrugs, Urkundenfälschung oder wenn eine Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss begangen wurde.

11 Übertritt in die Einzelversicherung

- 11.1 Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert 3 Monaten nach Austritt ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzel-Taggeldversicherung nach VVG des Versicherers überzutreten. Das gleiche Recht steht den versicherten Personen zu, wenn der Kollektivvertrag dahin fällt.
- 11.2 Der Versicherungsnehmer hat versicherten Personen, die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von 3 Monaten aufzuklären. Die gleiche Pflicht gilt auch bei Auflösung des Kollektivvertrages.
- 11.3 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 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, ausser sie bleiben aufgrund von zwischenstaatlichen Abkommen der schweizerischen Sozialversicherungs-Gesetzgebung unterstellt;
 - 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;
 - 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;
 - die das AHV-Alter erreicht haben oder vorzeitig pensioniert werden;
 - wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind und keine Erwerbsfähigkeit mehr besteht;
 - bei Stellenwechsel und Übertritt in die Kollektivkrankentaggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers oder
 - bei Auflösung des Kollektivvertrages und Weiterführung bei einem anderen Versicherer, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.

Leistungen

12 Leistungsvoraussetzungen

- 12.1 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.
- 12.2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist eine nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % massgebend.
- 12.3 Teilinvalide oder Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb 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.
- 12.4 Arbeitsausfälle wegen ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

- 12.5 Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese ärztlich verordnet sind und dem Versicherer spätestens 14 Tage vor Kurbeginn ein Kurgesuch eingereicht wird.
- 12.6 Begibt sich die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft, werden keine Leistungen erbracht.

13 Anmeldung und Obliegenheiten im Leistungsfall

- 13.1 Die Ansprüche auf Taggeldleistungen sind beim Versicherer, bei Wartezeiten von bis zu 10 Tagen, spätestens 15 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit geltend zu machen. Ist eine Wartezeit von mehr als 10 Tagen vereinbart, hat die Meldung spätestens nach 35 Tagen Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen.
- Zusammen mit der Krankmeldung muss eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes eingereicht werden.
- Trifft die Krankmeldung später ein, so beginnt die Leistungspflicht mit dem Tag des Eingangs der Meldung. Die Leistungsdauer beginnt jedoch mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu laufen.
- 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 Ist für die Abklärung des Anspruchs die Prüfung des Geschäftsgangs notwendig, hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer Einsicht in die Geschäftsbücher und die in diesem Zusammenhang stehenden Belege zu gewähren.
- 13.4 Die versicherten Personen haben 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.
- 13.5 Spätestens 5 Tage nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, hat die versicherte Person einen Arzt beizuziehen, der für eine fachgemässe Behandlung sorgt. 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.



- 13.6 Der Versicherer ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse und Berichte, zu verlangen. Eingereichte ärztliche Zeugnisse und Berichte, die nicht auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch verfasst sind und denen keine beglaubigte Übersetzung in eine dieser Sprachen beiliegt, werden auf Kosten der versicherten Person übersetzt. Die versicherte Person hat die Ärzte, die sie behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden.
- 13.7 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Dauert die Krankheit länger als einen Monat, ist dem Versicherer monatlich ein Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 13.8 Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerfen, 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
- 13.9 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.
- 13.10 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 Anforderung 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 schwerwiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten gemäss der vorstehenden Ziff. 13 in nicht entschuldbarer Weise verletzt.
- 14.2 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.
- 14.3 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sie kein Verschulden trifft.

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 5 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 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. 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 Leistungsfall berechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.



17 Leistungsdauer

- 17.1 Der Versicherer leistet das Taggeld pro Leistungsfall längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, abzüglich der vereinbarten Wartefrist. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.
- 17.2 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.
- Bei einem Rückfall innerhalb 365 Tagen entfällt die bereits bestandene Wartefrist und bereits erbrachte Taggelder werden zur Berechnung der maximalen Leistungsdauer angerechnet.
- 17.3 Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer für einen Leistungsfall ist die versicherte Person für diesen Fall ausgesteuert. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bleibt versichert.
- Bei namentlich in der Police aufgeführten Personen wird das bisher versicherte Erwerbseinkommen entsprechend dem Grad der Restarbeitsfähigkeit herabgesetzt.
- 17.4 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.
- 17.5 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 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. Das Gleiche gilt bei Unterbruch des Leistungsanspruchs infolge Verletzung der Obliegenheiten, Leistungssperre mangels Prämienzahlung oder Auslandsaufenthalt.
- 18.2 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.
- 18.3 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne vorgängige Information des Versicherers ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen.

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. Selbständig-erwerbende, 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 aufeinanderfolgende 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 Jahreslohnsomme durch die Zahl 365.

22 Versicherungsgewinn

- 22.1 Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst.
- 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 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 gemäss Ziff. 23.1.
- 23.3 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.

24 Auszahlung

- 24.1 Die Versicherungsleistung wird spätestens 4 Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, in dem der Versicherer die für die Feststellung seiner Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat. Bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer auf Verlangen das aufgelaufene Taggeld in Teilbeträgen aus, jedoch höchstens einmal im Monat.
- 24.2 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.
- 24.3 Dem Versicherungsnehmer werden die der Quellensteuer unterliegenden Leistungen ungekürzt überwiesen. Dieser hat für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer zu sorgen.

25 Verpfändung und Abtretung von Leistungen, Regressrecht

- 25.1 Ohne Zustimmung des Versicherers können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.
- 25.2 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 dem Versicherer dahin.

26 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- 26.1 Bei Krankheiten, Unfällen und deren Folgen werden keine Versicherungsleistungen erbracht:
- bei Wagnissen. 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;
 - bei Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen Schädigungen durch medizinische Behandlungen;
 - bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Operationen, die nicht medizinisch indiziert sind (z. B. Schönheitsoperationen);
 - für Folgen von kriegerischen Ereignissen
- da) in der Schweiz;
- db) 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.
- 26.2 Für Unfälle und deren Folgen werden ausserdem keine Versicherungsleistungen erbracht bei aussergewöhnlichen Gefahren. Als solche gelten insbesondere:
- Teilnahme an Unruhen;
 - ausländischer Militärdienst;
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu;
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, versicherte Personen seien als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - Gefahren, denen versicherte Personen sich dadurch aussetzen, dass sie andere stark provozieren.
- 26.3 Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Recht, Versicherungsleistungen bei Grobfahrlässigkeit zu kürzen. Für Leistungskürzungen anderer Versicherer besteht jedoch kein Leistungsanspruch.



Prämien

27 Grundlagen der Prämienberechnung

27.1 Vorbehaltlich anderer vertraglicher Vereinbarungen 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 Personen keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als prämienpflichtiges Einkommen, sofern die betreffenden Personen mitversichert sind.

27.2 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, gilt das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen für die Prämienberechnung.

28 Prämienzahlung

28.1 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet. Bei Ratenzahlung kann der Versicherer einen Zuschlag erheben.

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

28.3 Während einer 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.

29 Lohnsummendeklaration

29.1 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 definitive Prämienabrechnung für das vorangehende Jahr.

29.2 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 %.

29.3 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.

30 Rückerstattung der Prämie

30.1 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 das nicht abgelaufene Versicherungsjahr entfallende Prämie zurück.

30.2 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 gekündigt hat.

30.3 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Hauptverfall gemäss Police und dauert ein Jahr.

31 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.

32 Versicherung mit Überschussbeteiligung

32.1 Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach 3 vollen Versicherungsjahren einen vertraglich vereinbarten Anteil am Überschuss aus seinem Vertrag.

32.2 Der Überschuss wird ermittelt aus dem massgebenden Prämienanteil für die in der betreffenden Abrechnungsperiode bezahlten definitiven Prämien, abzüglich der auf die Abrechnungsperiode entfallenden Leistungen.

32.3 Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die folgende Abrechnungsperiode vorgetragen.

32.4 Werden nach erfolgter Abrechnung Leistungsfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, kann der Versicherer eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellen und zuviel bezahlte Überschussanteile zurückfordern.

32.5 Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt bei Aufhebung des Vertrages, sofern diese vor Ende einer Abrechnungsperiode erfolgt.



33 Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht

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

34 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.

35 Änderung des Prämienatzes

- 35.1 Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien aufgrund des Leistungsverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die zwei bis vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe aus Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) und Verwaltungskosten die eingenommenen Prämien, kann der Versicherer die Prämienätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.
- 35.2 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, und wenn ausserdem keine Arbeitnehmenden versichert sind, können die Prämienätze an die für das aktuelle Lebensalter der versicherten Personen geltenden Tarife angepasst werden.
- 35.3 Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämienätze spätestens 60 Tage vor dem Hauptverfall der Prämie bekannt. Ist der Versicherungsnehmer im Falle einer Prämienhöhung 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 weiterzuführen.

Schlussbestimmungen

36 Mitteilungen und Informationspflicht

- 36.1 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.
- 36.2 An die versicherten Personen:
Alle Mitteilungen an die versicherten Personen erfolgen durch den Versicherungsnehmer. Dieser ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, dessen Änderungen und Auflösung zu unterrichten. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer die zur Information erforderlichen Unterlagen zur Verfügung.
- 36.3 An den Versicherer:
Alle Mitteilungen sind direkt an den Versicherer an die in der Police angegebene Adresse zu richten, und zwar auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch. Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- 36.4 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomicil, seine Ansprechstelle, die Art des Betriebes, die Besitzverhältnisse der Unternehmung oder werden andere Unternehmen oder Betriebsteile übernommen, so ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

37 Datenschutz

- 37.1 Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die übrigen Gesellschaften der Helsana-Gruppe bearbeiten die personenbezogenen Informationen der versicherten Personen für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Patientenberatung und -betreuung, aber auch, um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die sie ihren potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen versicherten Personen anbieten, fortlaufend zu verbessern. Der Versicherer kann die Bearbeitung der Daten auch in Auftrag geben.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der versicherten Personen möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen der Helsana Zusatzversicherungen AG oder der Gesellschaften der Helsana-Gruppe oder Partnerunternehmen (namentlich aufgeführt auf der Website des Versicherers) anzubieten, die kostengünstig sind oder für die sich die potenziellen, bestehenden oder ehemaligen versicherten Personen interessieren könnten, werden die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet.

Der Helsana Zusatzversicherungen AG und den anderen Gesellschaften der Helsana-Gruppe ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und dieses ausschliesslich im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken zu bearbeiten.



- 37.2 Mitglieder der Helsana-Gruppe sind die Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG, Avanex Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, Sansan Versicherungen AG, Maxi.ch Versicherungen AG, Helsana Beteiligungen AG und die Procure Vorsorge AG.
- 37.3 Die aktuellen Partnerunternehmen der Helsana Zusatzversicherungen AG sind auf der Website des Versicherers aufgeführt.
- 37.4 Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Helsana-Gruppe unterstehen besonders strengen Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb der Helsana-Gruppe bekannt gegeben. Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist.
- 37.5 Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen erfordern. Anschliessend werden die Personendaten gelöscht.

38 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten zuständig.

