



Zürich, im Januar 2022

Produkt- und Kundeninformationen

**Was Sie über Ihre Kollektiv-Krankentaggeldversicherung
wissen sollten**



Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Produktinformation soll Ihnen helfen, sich in Ihren Versicherungsvertragsunterlagen zurechtzufinden. Massgebend für den Inhalt und den Umfang der gegenseitigen Rechte und Pflichten sind Ihr Versicherungsvertrag und die allgemeinen Vertragsbedingungen (nachfolgend AVB genannt). Ihr Versicherungsvertrag untersteht schweizerischem Recht, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Ihr Vertragspartner – wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die Branchen Versicherung Genossenschaft (nachfolgend Branchen Versicherung genannt), mit statutarischem Sitz am Sihlquai 255, 8031 Zürich, eine Genossenschaft nach schweizerischem Recht.

Im Web finden Sie uns unter folgendem Link:
www.branchenversicherung.ch.

Versicherungsnehmer und versicherte Personen

Versicherungsnehmer ist eine natürliche oder juristische Person, die für sich und/oder andere Personen Versicherungsschutz sucht und hierfür einen Versicherungsvertrag abschliesst. Der Versicherungsnehmer ist Vertragspartner der Branchen Versicherung.

Versicherte Personen sind die im Versicherungsvertrag bezeichneten Arbeitnehmer. Selbständige, Familienmitglieder sowie Gesellschafter von Personengesellschaften (zum Beispiel Kollektivgesellschaften, etc.) jedoch nur, wenn diese namentlich im Versicherungsvertrag aufgeführt sind und durch eine fixe Lohnsumme versichert sind.

Der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person und/oder der versicherte Personenkreis ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Welche Risiken sind versichert und welche Leistungen umfasst der Versicherungsschutz?

Die Branchen Versicherung gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft. Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung gilt als Schadensversicherung. Sie wird zur Summenversicherung, wenn ein fix versicherter Lohn vereinbart wird. Die vom Versicherungsnehmer zusammengestellte Versicherungsdeckung und individuelle Angaben, wie z.B. die fix vereinbarte Lohnsumme, sind im Antrag / in der Offerte sowie der Police hinterlegt.

Wie hoch ist die Prämie und wie wird sie berechnet?

Die Höhe der Prämie hängt von den jeweiligen versicherten Risiken und der gewünschten Deckung ab. Alle Angaben zur Prämie und allfälligen Gebühren ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Die Prämie für Versicherte mit einer fest vereinbarten Lohnsumme ist im Voraus zu bezahlen (keine Lohndeklaration). Die Prämie für die übrigen versicherten Arbeitnehmer wird jährlich provisorisch festgesetzt und ist im Voraus zu bezahlen. Die definitive Prämienrechnung erfolgt nach Ablauf des Versicherungsjahres auf Grund der zu deklarierenden AHV-Löhne. Die Branchen Versicherung hat das Recht, die Lohnangaben zu prüfen.

Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich

Die Branchen Versicherung entrichtet nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist Taggelder bei einer während der Vertragsdauer eintretenden Arbeitsunfähigkeit in Folge Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Vorbehalten bleiben Arbeitsunfähigkeiten, die auf bei Vertragsbeginn oder Stelleneintritt bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung zurückzuführen sind sowie für Personen, die das AHV-Alter erreicht haben.

Zahlungsverzug und Mahnfolgen

Wird die Prämie nach der gesetzlichen Mahnung nicht bezahlt, setzt die Branchen Versicherung eine 14-tägige Nachfrist an. Verstreicht diese, ohne dass die Prämie vollumfänglich beglichen wird, ruht der Versicherungsschutz (Deckungsunterbruch).

Mit vollständiger Zahlung der ausstehenden Prämien inklusive sämtlicher Zinsen und Kosten kann der Versicherungsvertrag wieder in Kraft gesetzt werden. Massgebend für das Wiederinkraftsetzen des Versicherungsschutzes ist der Zeitpunkt des Zahlungseinganges. Für die Zeit des Unterbruchs erhält der Versicherungsnehmer rückwirkend keinen Versicherungsschutz.

Der Versicherungsvertrag erlischt 2 Monate nach der im Mahnschreiben angesetzten 14-tägigen Nachfrist, es sei denn, die Branchen Versicherung fordert die ausstehende Prämie rechtlich ein (Betreibung nach SchKG).

Beginn des Versicherungsvertrages und -schutzes

Der Vertrag beginnt an dem im Versicherungsvertrag genannten Datum. Der Versicherungsschutz für den einzelnen Arbeitnehmer beginnt am Tag des Arbeitseintrittes (analog UVG), frühestens aber mit dem Beginn des Versicherungsvertrages. Inhaber von Einzelfirmen, Gesellschafter von Personengesellschaften sowie Familienangehörige erhalten Versicherungsschutz zum für sie festgelegten Zeitpunkt im Versicherungsvertrag.

Wurde ein Versicherungsnachweis oder eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt die Branchen Versicherung bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten vorläufigen Deckungszusage resp. gemäss aktuell geltendem Gesetz.

Ende des Versicherungsvertrages und -schutzes

Der Versicherungsvertrag endet durch Kündigung sowie aus den von Gesetz oder Vertrag vorgesehenen Gründen.

Partei, die kündigt	Grund der Kündigung	Kündigungsfrist bzw. -termin	Zeitpunkt des Erlöschens
Beide Parteien	Ordentliche Kündigung nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren	3 Monate	Ablauf des 3. Versicherungsjahres
	Kündigung auf Ende der im Versicherungsvertrag vereinbarten Laufzeit	3 Monate	Vertragsablauf
	Versicherter Leistungsfall, für den eine Leistung beansprucht wurde	Spätestens bei Auszahlung der Leistung	14 Tage nach Zugang der Kündigung
Versicherungsnehmer	Prämienerhöhung	Vor Ablauf des Versicherungsjahres	Tag, an welchem die Änderung in Kraft treten
	Verletzung der vorvertraglichen Informationspflicht nach Art. 3 VVG	4 Wochen ab Kenntnis der Verletzung, längstens 2 Jahre ab Vertragsabschluss	Zugang der Kündigung
	Wesentliche Gefahrminderung	-	4 Wochen ab Zugang der Kündigung
	Doppel- oder Mehrfachversicherung	4 Wochen ab Kenntnis	Zugang der Kündigung
Versicherer	Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht	4 Wochen ab Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung	Zugang der Kündigung
	Versicherungsbetrug	-	Zugang der Kündigung



Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien spätestens 3 Monate vorher eine Kündigung erhalten hat.

Der Versicherungsschutz erlischt grundsätzlich mit der Beendigung des Kollektivvertrages oder dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis. Detaillierte Angaben ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Ende des Leistungsanspruches

Der Leistungsanspruch endet für jeden Versicherten:

- mit dem Ruhen des Versicherungsschutzes infolge unbezahlter Prämien
- bei Ausschöpfung des maximalen Leistungsanspruches
- spätestens am Ende des Monats, in dem er das 70. Altersjahr vollendet
- mit der Kündigung der Police, unter Vorbehalt, dass der laufende Fall nicht durch einen anderen Versicherer übernommen wird

Diese Auflistung enthält nur die wesentlichsten Gründe. Weitere Gründe für das Ende des Leistungsanspruches ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB. Der Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung ist möglich (Zügerrecht).

Pflichten des Versicherungsnehmers/der Versicherten und Folgen von Pflichtverletzungen

Bei fahrlässiger Herbeiführung des Schadens erbringt die Branchen Versicherung die vollen Leistungen. Vorbehalten bleiben die untenstehenden, nicht abschliessenden Aufstellungen.

Der **Versicherungsnehmer** ist verpflichtet:

- die Fragen im Antrag wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten
- der Branchen Versicherung während der Laufzeit des Versicherungsvertrags eintretende Änderungen der im Antrag deklarierten und für die Risikobeurteilung erheblichen Tatsachen umgehend anzuzeigen
- als Arbeitgeber die versicherten Personen mittels Merkblatt (Beilage zur Police) über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags, dessen Änderungen und Auflösung sowie über die Möglichkeit der Weiterführung des Vertrags nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu orientieren

- bei Fälligkeit die Prämie zu bezahlen
- einen eingetretenen versicherten Schadenfall 5 Tagen nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit zu melden

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt dieses Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung entsprechend zu informieren (Art. 3 Abs. 3 VVG). Die Branchen Versicherung stellt dafür Unterlagen zur Verfügung.

Verletzt der Versicherungsnehmer schuldhaft die ihm auferlegten Pflichten, kann die Branchen Versicherung den Versicherungsvertrag kündigen. Beeinflusst die schuldhafte Pflichtverletzung den Eintritt oder den Umfang des Leistungsfalles, kann die Branchen Versicherung ihre Leistung reduzieren oder verweigern.

Die **versicherte Person** ist verpflichtet:

- auf Anordnung der Branchen Versicherung ihren Leistungsanspruch bei der IV innert der von der Branchenversicherung vorgegebenen Frist anzumelden
- alle Unterlagen zu liefern, die für die Beurteilung des Leistungsanspruches notwendig sind
- mit dem Versicherer und anderen Sozialversicherungseinrichtungen zusammenzuarbeiten
- alles zu unternehmen, um den Schaden zu mindern
- ihre bisherige Tätigkeit anzupassen oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben
- allfällig gestellten Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten

Die Versicherungsleistungen können in folgenden Fällen gekürzt oder verweigert werden:

- wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte seinen Pflichten nicht nachkommt
- bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
- bei Nichtbezahlen der Prämie durch den Versicherungsnehmer



Diese Auflistung enthält nur die wesentlichsten Leistungskürzungen bzw. Verweigerungen. Weitere Fälle ergeben sich aus dem Antrag / der Offerte bzw. der Police und aus den AVB.

Bei Krankheiten, die voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen geben, muss unverzüglich ein Arzt beigezogen werden. Die versicherte Person hat den Anordnungen des Arztes und von allfällig involviertem Pflegepersonal Folge zu leisten und muss sich die krankheitsbedingte Einschränkung ärztlich bestätigen lassen. Benötigt die Branchenversicherung weitere medizinische Unterlagen oder Angaben, wird sie den behandelnden Arzt anfragen oder einen weiteren Arzt mit einer Untersuchung beauftragen. Es ist alles zu tun, was zur Abklärung des Leistungsfalles und dessen Folgen dienen kann, wenn nötig auch den behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

Datenschutz und Datenbearbeitung

Um eine effiziente und korrekte Vertragsabwicklung zu gewährleisten, ist die Branchen Versicherung auf die Bearbeitung von Daten angewiesen. Die anwendbare Datenschutzgesetzgebung wird strikte eingehalten. Die Branchen Versicherung bearbeitet die für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Schadenabwicklung relevanten Daten des Versicherungsnehmers (z.B. Angaben zur Person, Kontaktdaten, Angaben zur Vorversicherung und Vorschäden). In erster Linie werden dabei die vom Versicherungsnehmer übermittelten Angaben aus dem Versicherungsantrag und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus der Schadenmeldung bearbeitet. Allenfalls erhält die Branchen Versicherung auch von Dritten Personendaten, sofern diese für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z.B. Amtsstellen, Vorversicherer, andere Institutionen).

Die Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen werden von der Branchen Versicherung nur für diejenigen Zwecke bearbeitet, welche die Branchen Versicherung dem Versicherungsnehmer bei deren Erhebung aufgezeigt hat, oder zu welchem die Branchen Versicherung gesetzlich verpflichtet oder berechtigt ist. Die Branchen Versicherung bearbeitet die Daten des Versicherungsnehmers primär für den Vertragsabschluss und zur Einschätzung des zu übernehmenden Risikos sowie für spätere Vertrags- und Schadenabwicklung. Darüber hinaus bearbeitet die Branchen Versicherung die Daten des Versicherungsnehmers zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aufsichtsrechtliche Vorgaben).

Weitere Informationen rund um den Datenschutz finden Sie unter folgenden Link:
www.branchenversicherung.ch/de/datenschutz

Kollektiv- Krankentaggeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe Januar 2022

**Gerne beraten wir Sie
bei Ihrem Anliegen.**

Rufen Sie uns an:

044 267 61 61

Ihr Vertragspartner

Vertragspartner ist die Branchen Versicherung Genossenschaft (nachfolgend Branchen Versicherung genannt), Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich.

Im Internet finden Sie uns unter: www.branchenversicherung.ch

Inhaltsverzeichnis

Ihr Vertragspartner	2
Versicherter Gegenstand	5
Art. 1 Versicherte Personen	5
Art. 2 Versicherte Ereignisse	5
Art. 3 Versicherter Verdienst/Taggeldberechnung	5
Definitionen	5
Art. 4 Krankheit	5
Art. 5 Unfall	6
Art. 6 Arbeitsunfähigkeit	6
Art. 7 Niederkunft	6
Art. 8 Arzt	6
Art. 9 Chiropraktor	6
Beginn/Ende der Versicherung	6
Art. 10 Beginn und Dauer der Versicherung	6
Art. 11 Beginn des Versicherungsschutzes	7
Art. 12 Ende der Versicherung und des Versicherungsschutzes	7
Deckungsumfang	8
Art. 13 Leistungen	8
Art. 14 Leistungsdauer	8
Art. 15 Leistungshöhe	8
Art. 16 Wartefrist	8
Art. 17 Leistungen bei Arbeitslosigkeit	9
Art. 18 Leistungen während eines unbezahlten Urlaubs	9
Art. 19 Leistungen während eines Auslandsaufenthaltes	9
Art. 20 Mutterschaft und Niederkunft	9
20.1 Leistungen vor der Niederkunft	9
20.2 Leistungen nach der Niederkunft	10
Art. 21 Lohnnachgenuss im Todesfall	10
21.1 Versicherter Verdienst/Taggeldabrechnung	10
Art. 22 Quellensteuer auf Leistungen im Schadenfall	11
Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht	11
Art. 23 Ausschlüsse	11
Art. 24 Freizügigkeit bei Arbeitsunfähigkeit	11
Art. 25 Nachleistung	11
Art. 26 Rückfälle	12
Art. 27 Überentschädigung	12
Art. 28 Rückforderungen und Vorschussleistungen	12
Art. 29 Leistungskürzungen	13
Art. 30 Grobfahrlässigkeit bei Krankheit	13

Schadenminderungspflicht	13
Art. 31 Pflichten im Schadenfall	13
31.1 Nachweis des Anspruchs bei einem Lohnnachgenuss	14
Übertritt in die Einzelversicherung	14
Art. 32 Informationspflicht des Arbeitgebers	14
Art. 33 Übertritt in die Einzelversicherung	15
33.1 Einschränkungen des Übertritts	15
Allgemeine Bestimmungen	15
Art. 34 Prämienberechnung	15
Art. 35 Prämien	16
35.1 Prämienverzug	16
35.2 Versicherte Ereignisse vor Ablauf der Mahnfrist	16
35.3 Ruhen des Versicherungsschutzes	16
35.4 Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes	16
Art. 36 Prämienanpassung	16
Art. 37 Kündigung im Schadenfall	17
Verschiedenes	17
Art. 38 Mitteilungen an den Versicherer	17
Art. 39 Gerichtsstand	17
Art. 40 Anwendbares Recht	17
Art. 41 Grundlagen des Vertrages	17

Abkürzungen

AVIG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge
EOG	Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

Versicherter Gegenstand

Art. 1 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen und Personenkreise, die im versicherten Unternehmen als Arbeitnehmer (im Sinne des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVG) tätig sind.

Arbeitgeber, Selbständigerwerbende und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitende Familienangehörige, die der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG nicht unterstellt sind, werden versichert, sofern sie in der Police namentlich aufgeführt sind.

Art. 2 Versicherte Ereignisse

Wir gewähren Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft. Die versicherten Leistungen sind in der Police aufgeführt.

Art. 3 Versicherter Verdienst/Taggeldberechnung

Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der AHV-Lohn, den die versicherte Person im Monat vor Beginn des Krankheitsfalles oder Rückfalles vom Arbeitgeber bezogen hat. Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht, werden mitberücksichtigt. Darunter fallen insbesondere regelmässige Vergütungen, deren Höhe arbeitsvertraglich vereinbart sind, wie der 13. Monatslohn.

Nicht berücksichtigt werden nicht leistungsabhängige einmalige Sondervergütungen wie Gratifikationen, Treueprämien, Dienstaltersgeschenke etc.

Das Taggeld richtet sich in jedem Fall nach dem effektiven Erwerbsausfall, welchen die versicherte Person aufgrund des Krankheitsfalls erleidet.

Der Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Bei versicherten fixen Lohnsummen wird diese ebenfalls durch 365 geteilt. Das so ermittelte Taggeld wird für jeden Kalendertag ausgerichtet.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionsbezüger, unregelmässiger Arbeitseinsatz), so wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten 12 Monaten vor Krankheitsbeginn erzielte Lohn durch 365 geteilt. Eine starke Schwankung liegt vor, wenn das so berechnete Taggeld um mindestens 10% vom gemäss vorstehenden Absätzen berechneten Taggeld abweicht.

Für sich in Ausbildung befindende versicherte Personen gilt nach Abschluss der Ausbildung der im bereits abgeschlossenen Arbeitsvertrag festgelegte Lohn oder, falls noch nicht vereinbart, der branchenübliche Lohn.

Der höchstversicherbare AHV-Lohn pro Person und Jahr beträgt CHF 300'000.00, vorbehalten bleiben andere Vereinbarungen.

Definitionen

Art. 4 Krankheit

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.

Ein Krankheitsfall liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit arbeitsunfähig ist und dies ärztlich attestiert wurde.

Ein neuer Krankheitsfall liegt vor, wenn die versicherte Person die Arbeit nach einer Arbeitsunfähigkeit während mindestens eines Tages vollständig wiederaufgenommen hat und kein Rückfall vorliegt.

Art. 5 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Als Berufskrankheiten gelten alle Erkrankungen, die nachweislich ausschliesslich durch die berufliche Tätigkeit des Versicherten hervorgerufen werden.

Art. 6 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, sowohl im bisherigen als auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

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

Art. 7 Niederkunft

Niederkunft ist die Geburt eines Kindes der Versicherten, entweder wenn das Kind lebensfähig geboren wird, oder wenn das Kind bei der Geburt stirbt oder tot geboren wird und die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat.

Art. 8 Arzt

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

Art. 9 Chiropraktor

Chiropraktor ist ein in der Schweiz zur Berufsausübung zugelassener Chiropraktor.

Beginn/Ende der Versicherung

Art. 10 Beginn und Dauer der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung der Branchen Versicherung festgesetzten Datum.

Verträge von kürzerer Dauer als 12 Monate erlöschen mit dem Ablaufdatum. Alle anderen Verträge erneuern sich jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn sie nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden. Weitere Kündigungsmöglichkeiten bleiben vorbehalten (vgl. namentlich Art. 36 und 37 AVB).

Art. 11 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag der Arbeitsaufnahme beim Arbeitgeber. Für Personen, die im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns resp. am Tag der Arbeitsaufnahme nicht voll arbeitsfähig sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollen Arbeitsaufnahme und wenn die versicherte Person während mindestens 20 Tagen ohne Unterbruch voll arbeitsfähig gewesen ist. Teilinvalide oder behinderte Arbeitnehmer, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Unternehmen nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

Für Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind, ist eine Gesundheitsdeklaration einzureichen. Zur Prüfung des Risikos kann die Branchen Versicherung medizinische Auskünfte einholen oder eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der schriftlichen Annahmeerklärung durch die Branchen Versicherung.

Wenn eine Gesundheitsdeklaration von den versicherten Personen verlangt wird, ist diese ordnungsgemäss auszufüllen. Die versicherten Personen sind verpflichtet bei Abklärungen mitzuwirken, alle Auskünfte zu erteilen und Dritte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

Art. 12 Ende der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Kollektivvertrages.

Der Kollektivversicherungsvertrag endet:

- a) Bei Kündigung;
- b) Bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
- c) Bei Einstellung des Betriebes.

Der Versicherungsschutz erlischt ausserdem für die einzelne versicherte Person:

- d) Mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Arbeitgebers;
- e) Wenn die versicherte Person von ihrem Recht auf Übertritt in die Einzelkrankentaggeldversicherung Gebrauch gemacht hat;
- f) Mit Erreichen des AHV-Alters bzw. mit der Vollendung des 70. Altersjahres für diejenigen versicherten Personen, die bei Arbeitsaufnahme resp. Versicherungsbeginn das AHV-Alter erreicht haben;
- g) Sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird;
- h) Mit dem Tod der versicherten Person;
- i) Sobald sich die versicherte Person während mehr als 12 aufeinander folgende Monate ausserhalb Europas aufhält;
- j) Mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt; ausgenommen bleiben versicherte Personen mit einer abgelaufenen Grenzgängerbewilligung;
- k) Sobald die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist;
- l) Bei freiwilligem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (Siehe Art. 18).

Vorbehalten bleibt der Anspruch auf Nachleistungen (vgl. Art. 25 und 33 AVB).

Deckungsumfang

Art. 13 Leistungen

Die Branchen Versicherung bezahlt für die Dauer der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit, frühestens nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist, den vereinbarten Prozentsatz des versicherten Verdienstes.

Leistungen aus dem Kollektiv-Krankentaggeldvertrag gelten als Schadensversicherung. Sie wird zur Summenversicherung, wenn ein fix versicherter Lohn vereinbart wird.

Art. 14 Leistungsdauer

Die Branchen Versicherung leistet das Taggeld pro Krankheitsfall während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, abzüglich der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist wird pro Krankheitsfall berechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.

Mit dem Erreichen der maximalen Leistungsdauer erlischt die Genussberechtigung für diesen Krankheitsfall.

Verwertet die versicherte Person jedoch ihre Restarbeitsfähigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses im versicherten Betrieb, besteht der Versicherungsschutz weiter, mit Ausnahme derjenigen Krankheitsfälle, für die die maximale Leistungsdauer bereits erreicht wurde.

Das versicherte Taggeld wird bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit infolge Erreichens des ordentlichen AHV-Rentenalters bis Ende dieses Monats ausgerichtet.

Wird die Erwerbstätigkeit über das ordentliche AHV-Rentenalter hinaus weitergeführt, werden die Leistungen für alle Krankheitsfälle zusammen noch während höchstens 180 Bezugstagen, längstens bis zum Erreichen des 70. Altersjahres, erbracht.

Art. 15 Leistungshöhe

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden die Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht.

Art. 16 Wartefrist

Die Wartefrist ist in der Police bezeichnet und beginnt mit dem ersten Tag der nachgewiesenen mindestens 25%-igen Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch drei Tage vor der erstmaligen ärztlichen Konsultation.

Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% zählen als ganze Tage.

Die Tage mit einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25% während einem ärztlich bescheinigten Arbeitsversuch von maximal 14 Kalendertagen gelten nicht als Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit und werden nicht an die Wartefrist angerechnet.

Bei einem Rückfall beginnt keine neue Wartefrist zu laufen.

Art. 17 Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Gilt die versicherte Person als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung (AVIG), erbringt die Branchenversicherung das Taggeld zu folgenden Bedingungen:

- Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25% das halbe Taggeld;
- Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Taggeld.

Dies unter der Voraussetzung, dass die Arbeitslosenversicherung ihre Leistungen gemäss den gesetzlichen Bestimmungen kürzen muss.

Art. 18 Leistungen während eines unbezahlten Urlaubs

Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt der Versicherungsschutz bis max. 210 Tage bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft. Während des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Tagelder und es ist keine Prämie geschuldet. Die Wartefrist und Leistungsdauer beginnt am Tag der geplanten Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Urlaub.

Art. 19 Leistungen während eines Auslandsaufenthaltes

Wird eine versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes arbeitsunfähig, so werden die Leistungen während der Dauer der Landesabwesenheit für längstens 90 Tage abzüglich Wartefrist pro Krankheitsfall erbracht.

Eine arbeitsunfähige versicherte Person, die sich ohne schriftliche Zustimmung der Branchenversicherung ins Ausland begibt, hat erst ab dem Zeitpunkt ihrer Rückkehr wieder Anspruch auf Leistungen.

Wird eine versicherte Person ohne schweizerische Niederlassungs- oder Jahresaufenthaltsbewilligung, während sie sich im Ausland aufhält, arbeitsunfähig, erlischt der Leistungsanspruch spätestens mit dem Ablauf der Frist, bis zu welcher der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist. Der Leistungsanspruch beträgt jedoch im Maximum 90 Tage pro Krankheitsfall abzüglich Wartefrist.

Ausnahmen für Grenzgänger:

- Für versicherte Personen mit einer gültigen Grenzgängerbewilligung EU/EFTA (mit Ausnahme von Rumänien und Bulgarien) gelten diese Bestimmungen nicht, wenn sie einmal pro Woche an ihren ausländischen Wohnsitz zurückkehren;
- Für die anderen Grenzgänger gelten diese Leistungseinschränkungen ebenfalls nicht, solange sie sich in der Grenzzone aufhalten und sie ihren Wohnsitz in der ausländischen Grenzzone haben.

Art. 20 Mutterschaft und Niederkunft

20.1 Leistungen vor der Niederkunft

Die Schwangerschaftskomplikationen vor einer Niederkunft werden einer versicherten Krankheit gleichgestellt, sofern die werdende Mutter bei Schwangerschaftsbeginn durch diesen Vertrag bereits versichert war.

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

20.2 Leistungen nach der Niederkunft

Ab dem Tag der Niederkunft bis zu demjenigen Zeitpunkt, in dem der Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach Erwerbsersatzgesetz (EOG) endet oder enden würde, wenn die versicherte Mutter die Anspruchsvoraussetzungen nach EOG erfüllte, sowie während eines gesetzlichen Arbeitsverbotes, besteht für alle gesundheitlichen Störungen unabhängig von ihrer Ursache kein Anspruch auf Taggelder.

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

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

Art. 21 Lohnnachgenuss im Todesfall

- a) Stirbt ein versicherter Arbeitnehmer infolge einer versicherten Krankheit und hinterlässt er den Ehegatten, den Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) oder minderjährige Kinder oder bei Fehlen dieser Erben andere Personen, denen gegenüber er eine Unterstützungspflicht erfüllt hat, so wird die dem Versicherungsnehmer als Arbeitgeber obliegende gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 des Obligationenrechts (Lohnnachgenuss) abgegolten;
- b) Krankheiten, welche bei Beginn dieser Versicherung bereits eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit bewirken, bleiben ausgeschlossen, bis die versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit vollständig wiedererlangt hat. Die Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer im Rahmen des arbeitsvertraglich vereinbarten Beschäftigungspensums gilt nur dann als vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, wenn dieses Beschäftigungspensum 100% beträgt und die versicherte Person mindestens während 20 Tagen ohne Unterbruch voll arbeitsfähig ist;
- c) Eine vom Versicherungsnehmer freiwillig eingegangene Verpflichtung, den Lohn für eine längere Zeit oder an andere Personen zu gewähren, ist nicht versichert;
- d) Die Branchenversicherung verzichtet darauf, andere Versicherungs- und Vorsorgeleistungen, die den Hinterlassenen des verstorbenen Arbeitnehmers zustehen, auf diesen Lohnnachgenuss anzurechnen.

21.1 Versicherter Verdienst/Taggeldabrechnung

Als Grundlage für die Bemessung des Lohnnachgenusses gilt der AHV-Lohn der letzten 12 Monate, den die versicherte Person vor dem Tod vom Arbeitgeber bezogen hat. Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht, werden mitberücksichtigt. Darunter fallen insbesondere regelmässige Vergütungen, deren Höhe arbeitsvertraglich vereinbart ist, wie der 13. Monatslohn.

Nicht berücksichtigt werden nicht leistungsabhängige einmalige Sondervergütungen wie Gratifikationen, Treueprämien, Dienstaltersgeschenke etc.

Der Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 12 geteilt. Der so ermittelte Betrag bildet die Basis für den auszahlbaren Monatslohn.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionsbezüger, unregelmässiger Arbeitseinsatz), so wird für die Berechnung des Lohnnachgenusses der in den letzten 12 Monaten vor dem Tod erzielte Lohn durch 12 geteilt. Eine starke Schwankung liegt vor, wenn der so berechnete Monatslohn um mindestens 10% vom gemäss vorstehenden Absätzen berechneten Monatslohn abweicht.

Bezogen die versicherte Person vor dem Tod bereits Taggelder aus diesem Vertrag, wird auf den für die Berechnung dieser Taggelder massgebenden Lohn abgestellt.

Art. 22 Quellensteuer auf Leistungen im Schadenfall

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die der Quellenbesteuerung unterstehenden Arbeitnehmer der Branchen Versicherung zu melden.

Werden der Quellensteuer unterliegenden Leistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt, werden sie um den geschuldeten Steuerabzug gekürzt.

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

Der Arbeitgeber haftet für sämtlichen Schäden, welche der Branchen Versicherung aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtungen erwachsen sollte, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht

Art. 23 Ausschlüsse

Nicht versichert sind:

- Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen, welche durch die obligatorische Unfallversicherung (UVG) oder durch eine anderweitige private Unfallversicherung versichert sind. Sind Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen nicht anderweitig versichert, besteht die Deckung nur in der Unfalltaggeld-Versicherung, wenn diese im Rahmen dieses Vertrages eingeschlossen wurde;
- Ereignisse infolge von Kriegshandlungen und bürgerlichen Unruhen;
- Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie, ausgenommen Strahlenschäden, verursacht durch ärztliche Behandlungen von versicherten Ereignissen;
- Leistungen aufgrund kosmetischer oder medizinisch nicht notwendigen Behandlungen und Operationen und deren Folgen. Massgebend sind die Kriterien des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und deren Verordnungen;
- Arbeitsunfähigkeiten infolge Schwangerschaft, Niederkunft und Wochenbett;
- Arbeitsunfähigkeiten, die während der Dauer der Untersuchungshaft, des Vollzuges einer strafrechtlichen Sanktion, die mit einem Freiheitsentzug verbunden ist, sowie des fürsorgerischen Freiheitsentzuges eintreten, bleiben auch nach der Entlassung bis zur Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit von der Versicherung ausgeschlossen. Ist die Arbeitsunfähigkeit vor den strafrechtlichen Massnahmen eingetreten, besteht während der Dauer der Untersuchungshaft und des Freiheitsentzuges kein Anspruch auf Taggeld. Die nicht entschädigten Tage werden trotzdem an die jeweils massgebende maximale Leistungsdauer angerechnet.

Art. 24 Freizügigkeit bei Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit zur Zeit des Eintritts in die Versicherung ist nicht versichert. Hat der Versicherte jedoch aufgrund von Freizügigkeitsabkommen unter den Versicherern Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.

Art. 25 Nachleistung

In folgenden Fällen werden Nachleistungen gewährt:

- Bei Konkurseröffnung über den Arbeitgeber;
- Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- Mit Erlöschen des Vertrages.

Die Nachleistungen werden in folgenden Fällen zeitlich beschränkt gewährt:

- Für Betriebsinhaber und deren mitarbeitende Familienangehörige, während maximal 180 Tagen;
- Für versicherte Personen, die Wohnsitz im Ausland haben und nicht über eine Grenzgängerbewilligung verfügen, während maximal 90 Tagen.

Die Nachleistungen entfallen oder enden:

- Bei Stellenwechsel und Übertritt zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers (Freizügigkeit);
- Wenn die versicherte Person von ihrem Recht auf Übertritt in die Einzelkrankentaggeldversicherung Gebrauch gemacht hat (vgl. Art. 33.1 AVB);
- Beim Tod des Versicherten;
- Wenn die maximale Leistungsdauer (Genussablauf) erreicht ist;
- Mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt; ausgenommen bleiben versicherte Personen mit einer abgelaufenen Grenzgängerbewilligung;
- Mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- Sobald sich die versicherte Person während mehr als 12 aufeinander folgende Monate ausserhalb Europas aufhält;
- Mit Erreichen des 70. Altersjahres;
- Wenn das Arbeitsverhältnis der versicherten Person während der Probezeit endet oder wenn es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis handelt.

Die Nachleistungen werden bis zum Ablauf der im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge), nur dann erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache und höchstens im bisherigen Grad ununterbrochen andauert.

Art. 26 Rückfälle

Ein Rückfall liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund derselben Krankheit innert 12 Monaten, nachdem sie die Arbeit nach Ablauf der Wartefrist vollständig wieder aufgenommen hat, erneut arbeitsunfähig wird.

Art. 27 Überentschädigung

Erhält die versicherte Person Leistungen aus einer schweizerischen Sozialversicherung, einer entsprechenden ausländischen Versicherung, betrieblichen Versicherung oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt die Branchen Versicherung nach Ablauf der Wartefrist diese Leistungen bis zur Höhe des im Vertrag versicherten Taggeldes.

Die Bestimmung gilt nicht, wenn die Taggeldberechnung auf festen Lohnsummen oder fixen Taggeldern basiert (Summenversicherung).

Tage mit gekürzten Leistungen werden als ganze Tage an die Leistungsdauer angerechnet.

Art. 28 Rückforderungen und Vorschussleistungen

Werden die Leistungen aus Sozialversicherungen oder anderen betrieblichen Versicherungen rückwirkend für einen Zeitraum eingeräumt, für den die Branchen Versicherung die versicherten Taggelder bereits ungekürzt erbracht haben, steht ihr ein Rückforderungsrecht zu.

Vorschussleistungen sind Leistungen der Branchen Versicherung im Umfang, in welchem die Taggelder zusammen mit den Leistungen aus Sozialversicherungen oder anderen betrieblichen Versicherungen

oder eines haftpflichtigen Dritten das versicherte Taggeld übersteigen. Bis zur Höhe dieser Vorschussleistungen kann die Branchen Versicherung verlangen, dass die rückwirkend für den gleichen Zeitraum eingeräumten Leistungen der anderen Versicherungen direkt an sie ausbezahlt werden.

So ist die Branchen Versicherung insbesondere berechtigt, beim zuständigen Sozialversicherungsträger die Verrechnung ihrer Vorschussleistungen mit Nachzahlungen der IV oder der Mutterschaftsentschädigung nach EOG direkt geltend zu machen und dort einzufordern, ohne die schriftliche Zustimmung der versicherten Person einholen zu müssen.

Diese Bestimmungen gelten auch für gleichartige Versicherungsinstitutionen mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein sowie im Ausland.

Erbringt die Branchen Versicherung ihre Leistungen anstelle eines haftpflichtigen Dritten, tritt sie im Rahmen ihrer Leistungen in die Rechte der versicherten Person ein, soweit die Leistungen des Dritten zusammen mit dem Taggeld den versicherten Erwerbsausfall übersteigen.

Art. 29 Leistungskürzungen

Sind Gesundheitsbeeinträchtigungen nur zum Teil auf versicherte Ereignisse zurückzuführen, werden die Leistungen nach sachverständigem Ermessen oder ärztlichen Gutachtens verhältnismässig festgelegt.

Art. 30 Grobfahrlässigkeit bei Krankheit

Die Branchen Versicherung verzichtet auf das Recht, Versicherungsleistungen infolge grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen.

Schadenminderungspflicht

Art. 31 Pflichten im Schadenfall

- Bei jeder Arbeitsunfähigkeit meldet der Arbeitgeber 5 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit diese der Branchen Versicherung mit dem entsprechenden Formular. Der Meldung wird das Arztzeugnis des behandelnden Arztes beigelegt;
- Jede Änderung des Grades der Arbeitsunfähigkeit im Laufe einer Krankheit ist der Branchen Versicherung unverzüglich mitzuteilen;
- Auf Anordnung der Branchen Versicherung meldet die versicherte Person ihren Leistungsanspruch bei der IV innert der von der Branchen Versicherung vorgegebenen Frist an. Befolgt die versicherte Person die Anordnungen der Branchen Versicherung nicht oder zu spät, so kann die Branchen Versicherung ihre Taggeldleistungen um denjenigen Betrag reduzieren, der durch die IV bei rechtzeitiger Anmeldung des Leistungsanspruches bezahlt worden wäre.
- Auf Verlangen der Branchen Versicherung hat die versicherte Person sich durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt der Branchen Versicherung untersuchen zu lassen. Die Untersuchungs- und Reisekosten (Bahn 2. Klasse) gehen zu Lasten der Branchen Versicherung;
- Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der Branchen Versicherung jeden Monat ein Arztzeugnis einzureichen. Die Branchen Versicherung behält sich vor, die versicherte Person durch sie beauftragte Krankenbetreuer besuchen zu lassen;
- Die versicherte Person ist verpflichtet, die sie behandelnden Ärzte gegenüber der Branchen Versicherung von der Schweigepflicht zu entbinden. Die Branchen Versicherung behandelt alle medizinischen Angaben vertraulich;
- Die versicherte Person hat die Branchen Versicherung zu ermächtigen, bei Stellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenkassen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen;

- Die versicherte Person hat ihre bisherige Tätigkeit anzupassen oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben. Die versicherte Person wird hierzu von der Branchen Versicherung unter Ansetzung einer angemessenen Frist aufgefordert. Der Arbeitgeber hat bei längeren Arbeitsunfähigkeiten die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu fördern und wenn möglich der versicherten Person eine andere angemessene Arbeit zuzuweisen;
- Die versicherte Person leistet im Rahmen der Zumutbarkeit innert gegebener Frist Folge, wenn medizinisch notwendige Operationen, Therapien oder andere Massnahmen von einem Arzt oder der medizinischen Dienste der Branchen Versicherung empfohlen werden.

Werden im Leistungsfall die Verhaltenspflichten oder Obliegenheiten verletzt, kann die Branchen Versicherung die Leistungen nach ihrem Ermessen kürzen oder verweigern. Vorbehalten bleibt eine unverschuldete Obliegenheitsverletzung.

31.1 Nachweis des Anspruchs bei einem Lohnnachgenuss

In Ergänzung zu Art. 31 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind der Branchen Versicherung sämtliche Bescheinigungen und Angaben einzureichen, aus welchen die Anspruchsberechtigung für die Ausrichtung des Lohnnachgenusses hervorgeht (Lohnabrechnung, Bescheinigung des Todes).

Übertritt in die Einzelversicherung

Art. 32 Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die versicherten Personen, denen ein direkter Leistungsanspruch gegenüber der Branchen Versicherung zusteht, über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, über dessen Änderungen und Auflösung zu informieren. Die Branchen Versicherung stellt dem Arbeitgeber zu diesem Zweck die erforderlichen Unterlagen (Merkblätter) zur Verfügung.

Der Arbeitgeber hat die versicherten Personen, die aus dem Kreis der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ausscheiden, spätestens bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelkrankentaggeldversicherung und über die Frist von 3 Monaten aufzuklären. Die gleiche Pflicht gilt spätestens beim Erlöschen der Versicherungsdeckung des Kollektiv-Krankentaggeldvertrages. Die Frist von 3 Monaten beginnt mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder mit dem Erlöschen der Versicherungsdeckung der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung zu laufen.

Allfällige Rechtsansprüche, welche bei Nichtinformation geltend gemacht werden, hat die versicherte Person unter Vorbehalt zwingender gesetzlicher Bestimmungen gegenüber dem Arbeitgeber geltend zu machen.

Hat der Arbeitgeber die versicherte Person nicht rechtzeitig schriftlich informiert oder kann er den entsprechenden Nachweis nicht erbringen, hat er die Branchen Versicherung schadlos zu halten, falls diese gegenüber der versicherten Person verpflichtet bleibt. Insbesondere schuldet er der Branchen Versicherung die entgangene Prämien Differenz.

Art. 33 Übertritt in die Einzelversicherung

Die versicherte Person hat das Recht, die Einzelkrankentaggeldversicherung zum Einzeltarif weiterzuführen, wenn:

- Der Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag erlischt;
- Das Arbeitsverhältnis beendet wird;
- Der Konkurs über den Arbeitgeber eröffnet wird;
- Der Betriebsinhaber und die mitarbeitende Familienangehörige aufgrund eines versicherten Ereignisses mindestens 25% arbeitsunfähig sind und sie die Tätigkeit unterbrechen oder aufgeben, welche sie im Zeitpunkt der Risikobeurteilung ausgeübt haben.

Diese Personen haben das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelkrankentaggeldversicherung der Branchen Versicherung überzutreten.

Für versicherte Personen, die unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis infolge der Beendigung des Arbeitsverhältnisses als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten, ist das Recht innert 3 Monaten geltend zu machen, ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherten Personen über ihr Recht schriftlich aufgeklärt worden sind. Arbeitslose versicherte Personen haben das Recht, gegen Prämienanpassung, jedoch ohne eine Gesundheitsdeklaration einzureichen, die Wartefrist auf 30 Tage pro Leistungsfall anzupassen.

33.1 Einschränkungen des Übertritts

Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht nicht:

- Wenn die versicherte Person Nachleistungen bezieht, nachdem sie von ihrem Recht auf Übertritt in die Einzelkrankentaggeldversicherung nicht Gebrauch gemacht hat (vgl. Art. 25 AVB);
- Bei Stellenwechsel, wenn aufgrund des Freizügigkeitsabkommens ein Anspruch auf Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers besteht;
- Wenn die versicherte Person beim Ausscheiden das ordentliche AHV-Alter erreicht hat;
- Wenn die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist;
- Wenn die versicherte Person über keine Aufenthaltsbewilligung verfügt, die sie zur Erwerbstätigkeit in der Schweiz oder Fürstentum Liechtenstein berechtigt;
- Für den Betriebsinhaber und die mitarbeitenden Familienangehörigen, ausser es besteht bei Aufgabe oder Unterbruch der Tätigkeit eine mindestens 25% Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines versicherten Ereignisses;
- Wenn der Krankentaggeldvertrag aufgehoben ist und ein anderer Versicherer den ganzen versicherten Personenkreis oder Teile des bisher versicherten Personenkreises weiterversichert. Für den nicht weiterversicherten Teil gilt diese Einschränkung nicht;
- Für Personen deren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz liegt;
- Mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit.

Allgemeine Bestimmungen

Art. 34 Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämien ist der beitragspflichtige Lohn gemäss AHVG, jedoch höchstens der maximal versicherbare Verdienst pro Jahr und Person gemäss Art. 3 der AVB. Löhne, auf denen aufgrund der bilateralen Abkommen über die Personenfreizügigkeit Schweiz/EU oder wegen des Alters des Versicherten keine Beiträge der AHV erhoben werden, sind ebenfalls beitragspflichtig.

Sofern für in der Police namentlich aufgeführte Personen eine fixe Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese für die Prämienberechnung.

Sind Vorausprämien vereinbart, gibt der Versicherungsnehmer der Branchen Versicherung die für die Prämienabrechnung notwendigen Angaben bekannt. Gestützt auf diese Angaben werden die endgültigen Prämienbeiträge berechnet. Die Angaben sind der Branchen Versicherung auf dem zur Verfügung gestellten Deklarationsformular unter Beilage eines Doppels der AHV-Abrechnung zu senden.

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Meldepflicht innert der von der Branchen Versicherung eingeräumten Frist nicht nach, so setzt sie die geschuldeten Prämienbeträge durch Einschätzung fest. Bei falschen Lohnangaben behält sich die Branchen Versicherung vor, den Vertrag 30 Tage ab Feststellung auf das Monatsende zu kündigen. Der Versicherungsvertrag erlischt mit dem Zugang der Kündigung.

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

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

Art. 35 Prämien

35.1 Prämienverzug

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

35.2 Versicherte Ereignisse vor Ablauf der Mahnfrist

Versicherte Ereignisse, die vor Ablauf der Mahnfrist eintreten, bleiben versichert.

35.3 Ruhen des Versicherungsschutzes

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

Für Niederkunft, die erst nach Ablauf der Mahnfrist eintritt, ruht der Versicherungsschutz.

35.4 Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes

Jede ruhende Versicherung kann durch die Branchen Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, wenn sämtliche ausstehenden und seither fällig gewordenen Prämien samt Zins und Kosten bezahlt sind.

Art. 36 Prämienanpassung

Ändert während der Vertragsdauer der Prämientarif, kann die Branchen Versicherung die Anpassung des Vertrages mit Wirkung ab dem folgenden Versicherungsjahr verlangen. Zu diesem Zwecke hat sie dem Versicherungsnehmer die neuen Prämien spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben.

Auf Ablauf der Vertragsdauer sowie jedes folgenden Versicherungsjahres kann die Branchen Versicherung die Prämien an den Schadenverlauf sowie die allfällig veränderte Zusammensetzung des versicherten Personenkreises (Alter und Geschlecht) anpassen. Die Branchen Versicherung teilt dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres die neuen Prämienätze mit.

Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Branchen Versicherung eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

Art. 37 Kündigung im Schadenfall

Nach jedem versicherten Ereignis, für das die Branchen Versicherung eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage nach Erhalt der Schlusszahlung den Vertrag schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen.

Wird der Vertrag gekündigt, so erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung bei der Branchen Versicherung.

Die Branchen Versicherung verzichtet auf das Kündigungsrecht im Schadenfall.

Vorbehalten bleiben die Kündigungs- bzw. Rücktrittsgründe im Falle einer Anzeigepflichtverletzung sowie des Versicherungsmissbrauchs (inkl. Versuch).

Verschiedenes

Art. 38 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Anzeigen und Mitteilungen sind an die Branchen Versicherung, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich oder via E-Mail an die Mail-Adresse, info@branchenversicherung.ch zu richten.

Kündigungs- und Rücktrittserklärungen müssen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, vor Ablauf der Frist bei der Branchen Versicherung eintreffen.

Art. 39 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag steht der klagenden Partei wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, am schweizerischen Arbeitsort oder am Geschäftssitz der Branchen Versicherung offen.

Art. 40 Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt ausschliesslich schweizerischem Recht.

Art. 41 Grundlagen des Vertrages

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

Datenschutzklausel:

Die Branchen Versicherung Genossenschaft respektiert den Datenschutz. Die Datenerfassung und -bearbeitung wird für die Abwicklung von Versicherungsgeschäften und Schadensfällen, den Vertrieb, den Verkauf, das Management, die Vermittlung von Produkten/Dienstleistungen, die Risikobewertung und die Verarbeitung von Versicherungsverträgen sowie allen damit verbundenen Hilfgeschäften verwendet.

Zudem kann die Branchen Versicherung Genossenschaft im Rahmen den gesetzlichen Bestimmungen auch mathematische und statistische Methoden verwenden, um Daten sowie Personendaten auszuwerten, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen auf der Grundlage des erworbenen Wissens zu verbessern und den Versicherten über relevante Informationen zu orientieren. Weiter

können Kundendaten zwecks administrativer Vereinfachung und zu Marketingzwecken konzernintern von der Branchen Versicherung Genossenschaft und den von ihr gehaltenen Gesellschaften bearbeitet und verwendet werden, um den Versicherten weitere Produkte- und Dienstleistungsangebote zu unterbreiten. Die jeweiligen Abteilungen der Branchen Versicherung Genossenschaft sowie diejenigen ihrer gehaltenen Gesellschaften dürfen daher ausdrücklich personenbezogene und vertragliche Daten sowie Kundendaten, die aus Versicherungsverhältnissen für die oben genannten Zwecke erstellt wurden, bearbeiten.

Die Branchen Versicherung Genossenschaft kann im erforderlichen Umfang und im Rahmen der jeweiligen Zweckbestimmung Personendaten an Amts- und weiteren Stellen, Agenturen, Vor-, Mit- und Rückversicherern oder anderen externen Beteiligten im In- und Ausland weitergeben sowie von sämtlichen diesen Stellen Auskünfte einholen, die an der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses beteiligt sind. Dazu gehören auch sachdienliche Auskünfte zu bisherigen Vertragsverhältnissen und Schadenverläufen. Die Branchen Versicherung Genossenschaft behandelt solche Auskünfte vertraulich. Dies trifft auch für besonders schützenswerte Personendaten oder Persönlichkeitsprofile zu.

Die personenbezogenen Daten werden physisch oder elektronisch gemäss den gesetzlichen Bestimmungen verwendet, verarbeitet, aufbewahrt, gelöscht und gespeichert. Nicht mehr benötigte Personendaten werden gelöscht, soweit gesetzlich zulässig. Daten, welche die Geschäftskorrespondenz betreffen, sind während mindestens 10 Jahren ab Vertragsauflösung und Schadendaten während mindestens 10 Jahren nach Erledigung des Schadenfalles aufzubewahren.

Im Wesentlichen werden folgende Kategorien von Personendaten bearbeitet: Interessentendaten, Kundendaten, Antragsdaten, Vertragsdaten, Schadendaten, Gesundheitsdaten, Zahlungsdaten, Daten von Geschädigten und Anspruchstellern sowie Inkassodaten.

Gespräche mit der Branchen Versicherung Genossenschaft können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung und für Schulungszwecke aufgezeichnet werden.

Die versicherte Person hat gemäss den gesetzlichen Bestimmungen das Recht, von der Branchen Versicherung Genossenschaft Informationen über die Bearbeitung Ihrer Personendaten zu erhalten.

Die versicherte Person hat im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Versicherungsfällen weiter das Recht, bei der Branchen Versicherung Genossenschaft die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte über die Sie betreffenden Daten zu verlangen.

Die Bearbeitung der Daten des Versicherten basiert auf den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992.

Die Datenschutzerklärung der Branchen Versicherung Genossenschaft ist auf <https://www.branchenversicherung.ch/de/datenschutz/> abrufbar oder kann unter der Telefonnummer +41 44 267 61 61 angefordert werden.

T 044 267 61 61, F 044 261 52 02
Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich
www.branchenversicherung.ch

Branchen Versicherung Genossenschaft
Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich
T 044 267 61 61, F 044 261 52 02
www.branchenversicherung.ch

AVB04_GF09_04_D