

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)  
zur Taggeld-Versicherung (KVG)**

**Taggeld** **Ausgabe 01.19**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>I</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Welche Rechtsgrundlage gilt für diese Versicherung?	1
<b>II</b>	<b>Versicherungsschutz</b>	<b>1</b>
2.1	Wer kann diese Versicherung abschliessen?	1
2.2	Welchen Schutz bietet das TAGGELD?	1
2.3	Welche Varianten bietet mir das TAGGELD?	1
<b>III</b>	<b>Leistungen</b>	<b>1</b>
3.1	Mit welchen Leistungen kann ich rechnen?	1
3.2	Was hat es mit den Wartefristen auf sich?	2
3.3	Was geschieht bei einem Rückfall?	2
3.4	Erhalte ich auch als Arbeitsloser Leistungen?	2
3.5	Was geschieht wenn ich schwanger bin?	2
3.6	Welche Leistungen können als Vorbehalte ausbedungen werden?	2
<b>IV</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>	<b>2</b>
<b>A</b>	<b>Versicherungsdauer</b>	<b>2</b>
4.a.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	2
4.a.2	Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?	2
4.a.3	Wie kann ich die Versicherung kündigen?	2
4.a.4	Kann ich die Versicherung sistieren?	2
<b>B</b>	<b>Prämie</b>	<b>3</b>
4.b.1	Wie wird die Prämie erhoben?	3
4.b.2	Wann und wie wird die Prämie angepasst?	3
4.b.3	Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?	3
4.b.4	Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?	3
4.b.5	Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?	3
<b>C</b>	<b>Leistungsausschlüsse und -einschränkungen</b>	<b>3</b>
4.c.1	Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?	3
4.c.2	Was ist nicht versichert?	3
<b>D</b>	<b>Datenschutz</b>	<b>3</b>
4.d.1	Wer hat Recht auf Akteneinsicht?	3
<b>E</b>	<b>Mitteilungen</b>	<b>3</b>
4.e.1	Wie werde ich informiert?	3
<b>F</b>	<b>Pflichten des Versicherten</b>	<b>3</b>
4.f.1	Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?	3
4.f.2	Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?	3
4.f.3	Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?	3
<b>G</b>	<b>Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter</b>	<b>4</b>
4.g.1	Was gilt hinsichtlich Zahlungsvereinbarungen mit Dritten?	4
4.g.2	Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?	4
4.g.3	Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?	4
<b>H</b>	<b>Schlussbestimmungen</b>	<b>4</b>
4.h.1	Können diese Versicherungsbedingungen geändert werden?	4

**I Einleitung**

**1.1 Welche Rechtsgrundlage gilt für diese Versicherung?**

Auf diese Versicherung sind gemäss nachstehender Reihenfolge folgende Grundlagen anwendbar:

- a) Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) mit allen Verordnungen
- b) Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
- c) Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KVAG) mit allen Verordnungen
- d) Tarifverträge
- e) Versicherungspolice
- f) Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB).

**II Versicherungsschutz**

**2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?**

Wer erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann beim Versicherer eine Taggeld-Versicherung abschliessen.

**2.2 Welchen Schutz bietet das TAGGELD?**

Das TAGGELD gewährt Leistungen für Erwerbsausfall bei Unfall, Krankheit und Mutterschaft.

Will der Versicherte das Unfallrisiko ausschliessen, hat er dies im Antragsformular ausdrücklich zu vermerken. Rückwirkende Änderungen sind nicht möglich.

**2.3 Welche Varianten bietet mir das TAGGELD?**

Das TAGGELD kennt ein Taggeld von CHF 2.00 bis max. CHF 10.00 pro Tag.

Die Taggeld-Versicherung kann mit folgenden Wartefristen abgeschlossen werden:

- mit frühestem Leistungsbeginn ab 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit;
- mit Leistungsbeginn nach 7 / 14 / 21 / 30 / 60 / 90 / 120 / 150 / 240 oder 270 Tagen der Arbeitsunfähigkeit.

Verschiedene Taggeld-Versicherungen können kombiniert werden.

Sofern kein Taggeldbezug ansteht, können Taggeld-Versicherungen im Ausmass gleicher Prämien in eine andere Taggeld-Versicherungsvariante umgewandelt werden, ohne dass dies als Höherversicherung gilt.

**III Leistungen**

**3.1 Mit welchen Leistungen kann ich rechnen?**

Der Leistungsumfang umfasst die Höhe des versicherten Taggeldes, die Dauer der Entschädigung sowie die Wartefrist. Der Leistungsumfang wird in der Police festgehalten.

Der Anspruch für Taggeld gilt für eine oder mehrere Krankheiten während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen.

Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist.

Die vereinbarte Wartefrist von 7 oder mehr Tagen gilt einmal pro Kalenderjahr. Geht die Arbeitsunfähigkeit über ein Kalenderjahr hinaus, ist die Wartefrist erst wieder einzuhalten, wenn der Versicherte zwischenzeitlich arbeitsfähig war.

Bei Taggeldversicherungen mit einem aufgeschobenen Leistungsbeginn nach 7 oder mehr Tagen wird die maximale Leistungsdauer von 720 Tagen innert 900 Tagen um die Wartefrist gekürzt, sofern der Arbeitgeber während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder Überversicherung wird das zur Auszahlung gelangende Taggeld gekürzt, dafür aber die Leistungsdauer entsprechend verlängert.

Eine Kürzung des Taggeldes wegen schwerem Selbstverschulden führt nicht zu einer Verlängerung der Leistungsdauer. Vorbehalten bleiben zwingende gesetzliche Vorschriften bei Arbeitslosigkeit.

Unfälle sind, sofern gegen eine zusätzliche Prämie mitversichert, der Krankheit gleichgestellt.

### **3.2 Was hat es mit den Wartefristen auf sich?**

Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet.

### **3.3 Was geschieht bei einem Rückfall?**

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt dann als neue Krankheit mit maximaler Leistungsdauer und Wartefrist, wenn der Versicherte seit dem Ende der letzten Arbeitsunfähigkeit während mindestens 12 Monaten nicht arbeitsunfähig war.

### **3.4 Erhalte ich auch als Arbeitsloser Leistungen?**

Ist der Versicherte arbeitslos, wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Taggeld ausgerichtet. Bei einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 25% und 50% wird das halbe Taggeld ausbezahlt. Zwingende gesetzliche Vorschriften bei Arbeitslosigkeit bleiben vorbehalten.

Überdies können arbeitslose Versicherte gegen eine angemessene Prämienanpassung ihre bisherige Taggeld-Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag umwandeln. Dies unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe, bei Beachtung des bisherigen Eintrittsalters und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Umwandlung.

### **3.5 Was geschieht wenn ich schwanger bin?**

Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird jenes Taggeld gewährt, das am Anfang der Schwangerschaft versichert war. Die Entschädigung der staatlichen Mutterschaftsversicherung wird angerechnet.

Die Versicherte muss mindestens 270 Tage ohne längeren Unterbruch (Sistierung) als 3 Monate beim Versicherer versichert sein, bevor ein Anspruch auf Leistung bei Mutterschaft besteht. Ist der Leistungsbeginn aufgeschoben, so wird die Wartefrist an die Leistungsdauer von 112 Tagen angerechnet.

### **3.6 Welche Leistungen können als Vorbehalte ausbedungen werden?**

Der Versicherer kann Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist. Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er dem Versicherten schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet werden.

Es dürfen unter folgenden Bedingungen beim Wechsel zum Versicherer keine neuen Vorbehalte angebracht werden, wenn

- die Aufnahme oder die Beendigung des Arbeitsverhältnisses dies verlangt;
- der Versicherte aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet;
- der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

Der Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass der Versicherte schriftlich über sein Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz beim bisherigen Versicherer bestehen. Der Versicherte hat das Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Der Versicherer muss auf Verlangen dem Versicherten das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Er kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 72 KVG anrechnen.

## **IV Allgemeine Bestimmungen**

### **A Versicherungsdauer**

#### **4.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem auf der Police aufgeführten Tag und dauert bis 31.12.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr.

#### **4.a.2 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?**

Ohne gegenteilige Vereinbarung erlischt die Versicherung:

- bei Kündigung auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist;
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
- mit der Erschöpfung der Leistungen;
- durch Ausschluss;
- mit dem Tod des Versicherten.

Wenn der Versicherte die volle Leistungsdauer pro Krankheitsfall von 720 Tagen bezogen hat, erlischt das TAGGELD. Wenn die zweite Krankheit auf die Erste zurückzuführen ist, gilt dies als ein Krankheitsfall.

Der Versicherte darf die Aussteuerung nicht durch den teilweisen Verzicht auf Taggeldleistungen verhindern.

#### **4.a.3 Wie kann ich die Versicherung kündigen?**

Diese Versicherung kann unter Einhaltung einer drei monatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres, erstmals nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer, schriftlich gekündigt werden.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist.

Der Versicherte, der mit der Prämienänderung nach Ziffer 4.b.2 oder einer Anpassung der Versicherung nach Ziffer 4.h.1 dieser Versicherungsbedingungen nicht einverstanden ist, kann dieses Versicherungsprodukt auf das Datum der Änderung kündigen.

Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine schriftliche Kündigung, gilt dies als Zustimmung der Änderung.

Prämienänderungen infolge Wohnsitzwechsel berechtigen nicht zur oben erwähnten ausserordentlichen Kündigung.

#### **4.a.4 Kann ich die Versicherung sistieren?**

Die Versicherung wird auf Meldung des Versicherten hin sistiert, wenn er vorübergehend keine Leistungen beziehen will. Dies ist namentlich in folgenden Fällen möglich:

- wenn der Versicherte für länger als 3 Monate ins Ausland zieht;
- bei einem Aufenthalt von mehr als 3 Monaten in einer Straf-, Verwahrungs- oder Erziehungsanstalt;
- bei einer obligatorischen Versicherung in einer anderen Krankenversicherung (z.B. Kollektiv- oder Betriebskrankenversicherung);
- bei Militär- oder Zivildienst von zusammenhängend mehr als zwei Monaten.

Sind die obigen Voraussetzungen nicht mehr gegeben, ist der Versicherte verpflichtet, die Taggeld-Versicherung innert 14 Tagen wieder zu aktivieren. Die Sistierung beginnt mit dem 1. Tag des folgenden Monats und dauert längstens 5 Jahre. Die Prämie während dieser Zeit reduziert sich auf 10% des normalen Tarifs, mindestens CHF 5.00 pro Monat.

## **B Prämie**

### **4.b.1 Wie wird die Prämie erhoben?**

Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit erhoben.

### **4.b.2 Wann und wie wird die Prämie angepasst?**

Die Prämien werden nach dem Eintrittsalter des Versicherten berechnet. Der Versicherer kann die Prämientarife auf Grund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfangs jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt dem Versicherten diese Änderungen schriftlich mit. Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf diesen Zeitpunkt angepasst.

### **4.b.3 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?**

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 Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.

### **4.b.4 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?**

Kommt der Versicherte seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung den geschuldeten Betrag zu bezahlen. Der Versicherte hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand dem Versicherer mit einem Betrag von CHF 50.00 zu entschädigen. Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat der Versicherte neben den Betreibungskosten den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit CHF 150.00 zu entschädigen.

### **4.b.5 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?**

Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung gemäss KVV Art. 105b Abs. 1 bei Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen gemäss KVV Art. 105c nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

Leistungen können nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers rechtswirksam verpfändet oder an Dritte abgetreten werden.

## **C Leistungsausschlüsse und -einschränkungen**

### **4.c.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?**

Vorausgesetzt für die Ausrichtung der Leistungen ist eine vom behandelnden Arzt oder Chiropraktor bescheinigte und tatsächliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%.

Um diesen Sachverhalt prüfen zu können, hat der Versicherte die Anforderungen des Vertrauensarztes des Versicherers bzw. des Versicherers selber nachzukommen.

### **4.c.2 Was ist nicht versichert?**

Keine Leistungen werden erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit:

- aufgrund von Mutterschaft und damit zusammenhängenden Krankheiten besteht, sofern die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;
- bereits vor dem Beginn der Versicherung bestanden hat;
- Selbstverstümmelung sowie dem Versuch der Selbsttötung besteht;
- infolge absichtlicher Herbeiführung des Schadens erfolgt.

## **D Datenschutz**

### **4.d.1 Wer hat Recht auf Akteneinsicht?**

Die Akten stehen gemäss Art. 47 ATSG den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

## **E Mitteilungen**

### **4.e.1 Wie werde ich informiert?**

Der Versicherte erhält Mitteilungen des Versicherers an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz. Weitere Informationen werden im Kundenmagazin, dem Publikationsorgan des Versicherers, sowie auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

## **F Pflichten des Versicherten**

### **4.f.1 Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?**

Der Antragsteller muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung stellen, die für die Aufnahme oder die Abklärung von Drittleistungspflichten nötig sind.

### **4.f.2 Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?**

Der Antragsteller und der Versicherte entbinden Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere zuständige Stellen von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Auskunftsbegehren des Versicherers und ermächtigen sie, die verlangten Auskünfte zu erteilen.

Wohnsitzänderungen sind dem Versicherer innert Monatsfrist schriftlich mitzuteilen.

### **4.f.3 Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?**

Der Versicherte hat seine Arbeitsunfähigkeit innert 5 Tagen dem Versicherer zu melden und innert 3 weiterer Tage eine schriftliche Arbeitsunfähigkeitsbestätigung des behandelnden Arztes oder Chiropraktoren einzureichen.

Bei selbstverschuldeter, verspäteter Einreichung der Arbeitsunfähigkeit besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig. Nach Abschluss der teilweisen oder vollen Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich eine schriftliche ärztliche Bestätigung über den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

## **G Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter**

### **4.g.1 Was gilt hinsichtlich Zahlungsvereinbarungen mit Dritten?**

Zahlungsvereinbarungen zwischen dem Rechnungssteller und den Versicherten sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.

Trifft der Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers Vereinbarungen, in welchen er teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzansprüche verzichtet, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.

### **4.g.2 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?**

Sind haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer seine Leistungen vorbehaltlich Ziffer 4.g.3 nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter der Berücksichtigung der Leistungen Dritter dem Versicherten kein Gewinn erwächst.

### **4.g.3 Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?**

Wenn der Versicherte die Krankheit oder die Berufskrankheit bei der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), bei der Invalidenversicherung (IV) oder bei der Militärversicherung (MV) angemeldet hat und die Haftung noch nicht entschieden wurde, so werden auf Begehren des Versicherten Vorleistungen ausgerichtet. AHV-, MV-, UV- und IV-Leistungen gehen im Rahmen einer allfälligen Überversicherung den Leistungen der Taggeld-Versicherung vor.

Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer über anderweitige Versicherungsleistungen bei Krankheit und Unfall Auskunft zu geben.

### **4.g.4 Wann erlöschen meine Ansprüche?**

Ausgetretene Versicherte haben keine Ansprüche an das Vermögen des Versicherers. Vorbehalten bleiben ausstehende Leistungen.

## **H Schlussbestimmungen**

### **4.h.1 Können diese Versicherungsbedingungen geändert werden?**

Der Vorstand des Versicherers ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen zu ändern.

Den Versicherten werden Änderungen schriftlich im Publikationsorgan mitgeteilt.

Ist der Versicherte mit den geänderten Versicherungsbedingungen nicht einverstanden, kann er nach den gesetzlichen Bestimmungen austreten.

Der Austritt muss innert 30 Tagen nach Zustellung der Änderung des Versicherers mitgeteilt werden.