



Kollektiv-Taggeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Kundeninformation gemäss VVG

Kundeninformation

Die nachstehende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, nachstehend CONCORDIA genannt, mit statutarischem Sitz am Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die CONCORDIA ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Versicherung deckt die finanziellen Folgen folgender Risiken:

- Krankheit und/oder
- Unfall und/oder
- Mutterschaft.

Die konkret versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Keine Versicherungsdeckung besteht unter anderem für Arbeitsunfähigkeiten infolge versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.

Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:

- wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- bei Unfällen als Folge von Wagnissen.

Die versicherten Leistungen aus der Kollektiv-Taggeldversicherung werden um die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie um das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen gekürzt.

Weitere Ausschlüsse und Kürzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie kann von Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken, der Höhe des Taggeldes und der Wartefrist sowie der vereinbarten Leistungsdauer abhängen. Alle Angaben zur Prämie sind im Versicherungsantrag bzw. in der Versicherungspolice ersichtlich.

Auf Vertragsende kann der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer die Prämie an die veränderte Altersstruktur der Versicherten und/oder an die Schadenerfahrung seit Vertragsbeginn anpassen.

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres oder - bei Ratenzahlungen - am 1. des jeweiligen Monats fällig.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **Schadenminderungspflicht:** Die versicherte Person hat bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfalls sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten. Der Versicherte, der in seinem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerten.
- **Meldepflicht:** Das versicherte Ereignis ist der CONCORDIA unverzüglich zu melden.
- **Mitwirkungspflicht:** Die versicherte Person hat der CONCORDIA vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Schwangerschaft) sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die sie behandelnde Medizinalperson (Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der CONCORDIA. Der Versicherte ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies ein Arzt oder der Versicherer anordnet. Die versicherte Person

ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zu-
sätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den Allgemeinen Versi-
cherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt für vollständig arbeitsfähige
Versicherte, sobald der Versicherer den Antrag bzw. die in-
dividuelle Beitrittserklärung schriftlich angenommen hat,
frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungs-
beginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

Wie lange dauert der Vertrag?

Die Versicherung wird für die im Vertrag festgelegte Dauer
auf das Ende einer Versicherungsperiode (Kalenderjahr)
abgeschlossen und erneuert sich nach Ablauf der Vertrags-
dauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Wann endet der Vertrag?

Die Versicherung erlischt:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- mit dem Ausscheiden aus dem versicherten Personen-
kreis, insbesondere mit der Aufgabe der Tätigkeit für den
Versicherungsnehmer. Der Versicherte kann in der Regel
innert 3 Monaten seit Erhalt der Orientierung über sein
Übertrittsrecht in die Einzel-Taggeldversicherung TOP
übertreten;
- mit Erlöschen des Versicherungsvertrages. Der Versi-
cherte kann in der Regel innert 3 Monaten seit Erhalt
der Orientierung über sein Übertrittsrecht in die Einzel-
Taggeldversicherung TOP übertreten;
- bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkurs-
eröffnung;
- mit Bezug einer AHV-Rente;
- mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungs-
dauer;
- bei Aufhalten ausserhalb der Schweiz nach 12 Monaten.
Davon ausgenommen sind Arbeitsaufenthalte im Ausland
im Auftrag des Arbeitgebers;
- bei einem Arbeitsunterbruch (ausgenommen Arbeitslosig-
keit) von mehr als 30 Tagen, sofern für diese Zeit kein
Lohnanspruch besteht.

Die Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen
Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der Vertragsdauer
und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode
schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig
erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der
dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft.

Zudem kann der Versicherungsnehmer die Versicherung
bei Änderungen der Prämientarife auf Ende der laufenden
Versicherungsperiode schriftlich kündigen. Die Kündigung
ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag
der laufenden Versicherungsperiode bei der CONCORDIA
eintrifft.

Die CONCORDIA kann zudem den Vertrag kündigen:

- wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder un-
richtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht).

Die CONCORDIA kann vom Vertrag zurücktreten:

- wenn der Versicherungsnehmer mit der Bezahlung der
Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und die CONCORDIA
darauf verzichtet, die Prämie einzufordern;
- im Falle eines Versicherungsbetrugs.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den
Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wie bearbeitet die CONCORDIA Daten?

Die CONCORDIA bearbeitet Daten, die sich aus den Vertrags-
unterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und ver-
wendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie,
für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versiche-
rungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marke-
tingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch
aufbewahrt. Die CONCORDIA kann im erforderlichen Umfang
Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten
zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann die CONCORDIA
bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Aus-
künfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen.
Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.
Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA
über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die ge-
setzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.



Kollektiv-Taggeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

<p>I. Allgemeines</p> <p>Grundlagen 1</p> <p>Versicherer, Versicherungsnehmer 2</p> <p>Versicherter Betrieb 3</p> <p>Versicherte Personen 4</p> <p>II. Umfang der Versicherung</p> <p>Gegenstand der Versicherung 5</p> <p>Örtlicher Geltungsbereich 6</p> <p>III. Begriffsbestimmungen</p> <p>Männliche und weibliche Form 7</p> <p>Schadenversicherung 8</p> <p>Arzt 9</p> <p>Arbeitsunfähigkeit 10</p> <p>Krankheit 11</p> <p>Unfall 12</p> <p>Rückfall, neuer Versicherungsfall 13</p> <p>Versicherungsperiode 14</p> <p>IV. Beginn und Ende der Versicherung</p> <p>Aufnahmemöglichkeiten 15</p> <p>Versicherung ohne Gesundheitsprüfung 16</p> <p>Vertragsbeginn bei Versicherung ohne Gesundheitsprüfung 17</p> <p>Versicherung mit Gesundheitsprüfung 18</p> <p>Ergebnis der Gesundheitsprüfung 19</p> <p>Vertragsbeginn bei Versicherung mit Gesundheitsprüfung 20</p> <p>Vertragsdauer 21</p> <p>Ende der Versicherung 22</p> <p>Unbezahlter Urlaub 23</p> <p>Kündigung 24</p> <p>Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht 25</p> <p>Erlöschen des Leistungsanspruches 26</p> <p>Übertrittsrecht 27</p> <p>V. Versicherte Leistungen</p> <p>Leistungsanspruch 28</p> <p>Berechnung lohnabhängiger Leistungen 29</p> <p>Wartefrist 30</p> <p>Leistungsdauer 31</p> <p>Kurzaufenthalter und Saisonangestellte 32</p> <p>Leistungen im Ausland 33</p> <p>Schwangerschaft 34</p> <p>Geburt 35</p>	<p>Art.</p>	<p>VI. Prämien</p> <p>Prämienanpassung 36</p> <p>Prämientarif 37</p> <p>Fälligkeit, Prämienzahlung 38</p> <p>Vorausprämie 39</p> <p>Prämienabrechnung 40</p> <p>Mahnung, Zahlungsverzug 41</p> <p>Rückerstattung der Prämien 42</p> <p>Überschussbeteiligung 43</p> <p>VII. Pflichten und Anspruchsbegründung</p> <p>Pflichten und Obliegenheiten 44</p> <p>Anspruchsbegründung 45</p> <p>VIII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes</p> <p>Ausschlüsse 46</p> <p>Kürzung und Verweigerung von Leistungen 47</p> <p>Grobfahrlässigkeit 48</p> <p>Mehrfachversicherung 49</p> <p>Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung 50</p> <p>Vorleistung und Regress 51</p> <p>IX. Verschiedenes</p> <p>Verrechnung, Abtretung und Verpfändung 52</p> <p>Informationspflicht des Versicherungsnehmers 53</p> <p>Erfüllung 54</p> <p>Mitteilungen 55</p> <p>Gerichtsstand 56</p> <p>I. Allgemeines</p> <p>1 Grundlagen</p> <p>1.1 Grundlagen des Vertrages bilden:</p> <p>1.1.1 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen;</p> <p>1.1.2 die schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer (Antragsteller) und die Versicherten (die zu versichernden Personen) im Antrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgeben.</p> <p>1.2 Abweichende Bestimmungen in den Zusätzliche Versicherungsbedingungen gehen diesen AVB vor.</p>
---	-------------	--

- 1.3 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

2 Versicherer, Versicherungsnehmer

- 2.1 Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, im Folgenden CONCORDIA genannt, Luzern.
- 2.2 Als Versicherungsnehmer gilt diejenige natürliche oder juristische Person, welche den Versicherungsvertrag abschliesst.

3 Versicherter Betrieb

Als versicherter Betrieb gelten die in der Police einzeln aufgeführten Unternehmen und Nebenbetriebe.

4 Versicherte Personen

- 4.1 Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen oder Personengruppen.
- 4.2 Nur sofern in der Police namentlich aufgeführt, sind der Betriebsinhaber sowie seine im Betrieb mitarbeitenden, nicht aber in der Lohnbuchhaltung aufgeführten Familienmitglieder mitversichert.

II. Umfang der Versicherung

5 Gegenstand der Versicherung

- 5.1 Der Versicherer gewährt im Rahmen der nachstehenden Bestimmungen und der in der Police sowie allfälligen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) festgesetzten Leistungen Versicherungsschutz für die bei Arbeitsunfähigkeit entstehenden wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburten und Unfällen.
- 5.2 Die Versicherung ist eine Schadenversicherung.

6 Örtlicher Geltungsbereich

- 6.1 Die Versicherung gilt weltweit.
- 6.2 Für Versicherte, die sich ausserhalb der Schweiz aufhalten, erlischt der Versicherungsschutz nach 12 Monaten.

III. Begriffsbestimmungen

7 Männliche und weibliche Form

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und weiteren Bestimmungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

8 Schadenversicherung

Die Schadenversicherung deckt den infolge Krankheit und – sofern vereinbart – infolge Geburt und Unfällen entstandenen Erwerbsausfall, wobei Lohnfortzahlungen des Arbeitgebers sowie die Leistungen

aus anderen Privat- und Sozialversicherungen oder anderer Zahlungspflichtiger angerechnet werden. Die Ausrichtung der versicherten Leistung hängt davon ab, ob und in welchem Ausmass die versicherte Person als Folge von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburt und Unfällen einen Schaden erlitten hat. Art. 50 findet Anwendung.

9 Arzt

Als Arzt gelten die zur Berufsausübung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Ärzte und Chiropraktoren.

10 Arbeitsunfähigkeit

Eine Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalles ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen derzeitigen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Zumutbar ist eine andere Erwerbstätigkeit dann, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung angemessen ist.

11 Krankheit

Als Krankheit gilt jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall, eine unfallähnliche Körperschädigung oder eine Berufskrankheit entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung zurückzuführen ist.

12 Unfall

- 12.1 Als Unfall gelten die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung.
- 12.2 Nichtberufsunfälle sind nur für Personen mitversichert, deren wöchentliche Arbeitszeit im versicherten Betrieb mindestens 8 Stunden beträgt.

13 Rückfall, neuer Versicherungsfall

- 13.1 Medizinisch mit früheren Krankheiten oder Unfällen zusammenhängende Krankheiten und Unfälle gelten als Rückfall.
- 13.2 Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund der gleichen Ursache während mindestens 180 Tagen weder ärztlich behandelt wurde noch ganz oder teilweise arbeitsunfähig war.
- 13.3 Führt im Anschluss an einen leistungspflichtigen Krankheitsfall ein neuer Krankheitsfall mit anderer Ursache unmittelbar zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, gelten beide Krankheitsfälle hinsichtlich Leistungsdauer zusammen als ein Krankheitsfall, sofern zwischen beiden Krankheitsfällen nicht eine

volle Arbeitsfähigkeit von mindestens 30 Tagen bestanden hat.

14 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

IV. Beginn und Ende der Versicherung

15 Aufnahmemöglichkeiten

15.1 Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit oder ohne Gesundheitsprüfung. Der Aufnahmetypus ist in der Police festgelegt.

15.2 Die Aufnahme invalider und/oder teilweise arbeitsunfähiger Personen ist nur aufgrund einer besonderen Vereinbarung und mit Gesundheitsprüfung möglich.

15.3 Die Aufnahme von Personen, die eine AHV-Rente beziehen, ist nicht möglich.

16 Versicherung ohne Gesundheitsprüfung

Ist für die Versicherung keine Gesundheitsprüfung erforderlich, erfolgt die Aufnahme ohne individuelle Beitrittserklärung. Vorbehalte werden keine angebracht.

17 Vertragsbeginn bei Versicherung ohne Gesundheitsprüfung

17.1 Für zu versichernde Personen, die am Tage des Inkrafttretens der Versicherung voll arbeitsfähig sind, gewährt der Versicherer den Versicherungsschutz, sobald er den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

17.2 Für später eintretende Arbeitnehmer beginnt die Versicherung am Tage der Arbeitsaufnahme, sofern sie in diesem Zeitpunkt voll arbeitsfähig sind.

17.3 Für zu versichernde Personen, die am Tage des Inkrafttretens der Versicherung ganz oder teilweise arbeitsunfähig sind, gilt der definitive Versicherungsschutz frühestens ab dem Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit. Haben Versicherte aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gehen diese vor.

18 Versicherung mit Gesundheitsprüfung

18.1 Zur Aufnahme in die Versicherung ist für jede zu versichernde Person bei Vertragsabschluss und für später eintretende Arbeitnehmer spätestens innert 14 Tagen nach deren Arbeitsaufnahme die dafür vorgesehene individuelle Beitrittserklärung wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und dem Versicherer einzureichen. Das Gleiche gilt für allfällig verlangte ergänzende Angaben.

18.2 Der Versicherer kann seinen Entscheid vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung, die er anordnet, abhängig machen.

18.3 Hat der Antragsteller oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere zum Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, innert vier Wochen, seit er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, den davon betroffenen Teil des Vertrags schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zustellung beim Versicherungsnehmer wirksam.

19 Ergebnis der Gesundheitsprüfung

Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung kann der Versicherer:

19.1 die vorbehaltlose Aufnahme in die Versicherung gewähren;

19.2 Krankheiten und Unfälle, die zum Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehen oder vorher bestanden haben, von der Versicherung ausnehmen;

19.3 die Aufnahme in die Versicherung ablehnen.

20 Vertragsbeginn bei Versicherung mit Gesundheitsprüfung

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die individuelle Beitrittserklärung schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

21 Vertragsdauer

Die Versicherung wird für die im Vertrag festgelegte Dauer auf das Ende einer Versicherungsperiode (Kalenderjahr) abgeschlossen und erneuert sich nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

22 Ende der Versicherung

Der Versicherungsschutz für die einzelnen Versicherten erlischt:

22.1 mit dem Tod der versicherten Person;

22.2 mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit;

22.3 mit dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis, insbesondere mit der Aufgabe der Tätigkeit für den Versicherungsnehmer;

22.4 mit Erlöschen des Versicherungsvertrages;

22.5 bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkursöffnung;

22.6 mit Bezug einer AHV-Rente;

22.7 mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer;

22.8 bei einem Arbeitsunterbruch (ausgenommen Arbeitslosigkeit) von mehr als 30 Tagen, sofern für diese Zeit kein Lohnanspruch besteht. Der Versicherungsschutz erlischt nicht während Arbeitsunterbrüchen infolge Krankheit, Unfalls oder Dienstleistung in der Schweizer Armee oder im Zivildienst;

22.9 bei Aufenthalt ausserhalb der Schweiz nach 12 Monaten. Davon ausgenommen sind Arbeitsaufenthalte im Ausland im Auftrag des Arbeitgebers.

23 Unbezahlter Urlaub

Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes bis zu 180 Tagen ohne Auflösung des Arbeitsverhältnisses bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Für diese Zeit ruht jedoch die Leistungspflicht. Die Wartefrist beginnt am Tag der vorgesehenen Wiederaufnahme der Arbeit.

24 Kündigung

24.1 Die Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode (Art.14) gekündigt werden.

24.2 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung zudem bei jeder Änderung des Prämientarifs gemäss Art. 37 kündigen.

24.3 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der Kündigungsfrist beim Versicherer bzw. beim Versicherungsnehmer eingegangen ist.

25 Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt eines versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen, ausser bei Anzeigepflichtverletzung sowie versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

26 Erlöschen des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für bestehende Arbeitsunfähigkeit) erlischt mit dem Ende der Versicherung. Vorbehalten bleibt der Rückerstattungsanspruch des Versicherers bei Anzeigepflichtverletzung.

27 Übertrittsrecht

27.1 Bei Austritt aus dem versicherten Personenkreis oder bei Erlöschen des Versicherungsvertrages (Art. 22.4) kann die einzelne, in der Schweiz wohnhafte versicherte Person bis höchstens 3 Monate nach Erhalt der Orientierung über das Übertrittsrecht beim Versicherer den Abschluss der Einzel-Taggeldversicherung TOP in Höhe und Dauer der bisherigen versicherten Leistungen beantragen, welcher vom Versicherer nach folgenden Richtlinien angenommen wird:

27.1.1 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes ist der Zeitpunkt des Beitrittes in die Kollektivversicherung massgebend.

27.1.2 Die neue Prämie wird nach dem Tarif der Einzel-Taggeldversicherung TOP berechnet.

27.2 Allfällige aufgrund des Kollektivvertrages bezogene Leistungen werden in Umfang und Dauer an die

Leistungen der Einzel-Taggeldversicherung TOP angerechnet.

27.3 Kein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung besteht:

– bei Stellenwechsel und Übertritt in die Taggeldversicherung des neuen Arbeitgebers;

– bei Auflösung des Vertrages und dessen Weiterführung durch einen anderen Versicherer für den gleichen Personenkreis, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;

– bei Austritt aus dem versicherten Personenkreis vor Ablauf der vereinbarten Probezeit;

– bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit;

– bei Bezug einer AHV-Rente;

– für Grenzgänger.

V. Versicherte Leistungen

28 Leistungsanspruch

28.1 Die versicherten Leistungen bemessen sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.

28.2 Ein Anspruch auf Leistungen entsteht, wenn die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist und die Arbeitsunfähigkeit länger bestanden hat als die vertraglich festgelegte Wartefrist. Der Anspruch besteht frühestens ab fünf Tagen vor der ersten ärztlichen Behandlung und längstens während der vereinbarten Leistungsdauer.

28.3 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bemisst sich die Leistung nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25% ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

28.4 Ist die Krankheit bzw. der Unfall nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, erbringt der Versicherer nur einen entsprechenden Teil der Leistungen. Art. 28.3 findet dabei ebenfalls Anwendung.

29 Berechnung lohnabhängiger Leistungen

29.1 Als Grundlage für die Bemessung der Leistungen gilt der letzte vor der Arbeitsunfähigkeit bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich allfälligem 13. Monatslohn. Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Für nicht AHV-Pflichtige werden ebenfalls die AHV-Normen angewendet. Allfällige Lohnerhöhungen während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden nicht berücksichtigt.

29.2 Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionsbezüger, unregelmässig tätige Aushilfen), so wird für die Berechnung des Leistungsanspruches der in den letzten 12 Monaten vor der Erkrankung erzielte Lohn durch 365 geteilt. Bei einer Anstellungsdauer von weniger als 12 Monaten im versicherten Betrieb wird der auf 12 Monate hochgerechnete Lohn zur Berechnung herangezogen.

29.3 Sofern vertraglich nichts anderes vereinbart ist, ist das versicherbare Einkommen pro Person und Jahr begrenzt auf das Zweifache des in der obligatorischen Unfallversicherung geltenden Höchstbetrages des versicherten Verdienstes.

30 Wartefrist

30.1 Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber fünf Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung.

30.2 Für die Berechnung der Wartefrist werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit als Tage mit voller Arbeitsunfähigkeit mitgezählt.

30.3 Sofern vertraglich nichts anderes vereinbart ist, wird die Wartefrist für jeden Versicherungsfall getrennt berechnet. Vorbehalten bleiben Rückfälle gemäss Art.13.

31 Leistungsdauer

31.1 Die versicherten Leistungen werden für die vertraglich vereinbarte Dauer ausgerichtet.

31.2 Werden infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder infolge Leistungen Dritter reduzierte Leistungen ausgerichtet, so gelten für die Berechnung der Leistungsdauer Tage mit reduzierter Leistung als volle Tage.

31.3 Wurde die Weiterführung der Versicherung nach Erreichen des AHV-Alters vereinbart und bleibt der Versicherte erwerbstätig, besteht ein Anspruch auf Leistungen noch für insgesamt 180 Tage, sofern die in der Police vorgesehene Leistungsdauer nicht vorher erreicht wird.

31.4 Der Versicherte kann durch Verzicht auf Leistungen das Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer nicht verhindern.

31.5 Wartefristen werden an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

32 Kurzaufenthalter und Saisonangestellte

Kurzaufenthalter und Saisonangestellte haben während der Zwischensaison keinen Anspruch auf Leistungen. In der neuen Saison werden die Leistungen nach Saisonbeginn zum Ansatz des Vorjahres ausbezahlt, sofern nachgewiesen wird, dass bei Arbeitsfähigkeit eine Arbeitsbewilligung vorgelegen hätte und eine Saisonstelle angetreten worden wäre.

33 Leistungen im Ausland

33.1 Während eines Ferientaufenthaltes im Ausland werden Leistungen erbracht, sofern ein Arztzeugnis über die Arbeitsunfähigkeit und die medizinische Diagnose vorliegt und solange dem Versicherten die Rückreise nicht zumutbar ist.

33.2 Für ausländische Versicherte, die sich im Ausland aufhalten, erlischt der Leistungsanspruch spätestens mit dem Ablauf der Frist, bis zu welcher der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist. Davon ausgenommen sind Spitalaufenthalte sowie Aufenthalte im Ausland

im Auftrag des Arbeitgebers. Für Grenzgänger gilt diese Einschränkung nicht, solange sie sich an ihrem Wohnort oder in dessen Umgebung aufhalten.

33.3 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, verliert sie ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen.

34 Schwangerschaft

34.1 Bei Schwangerschaft besteht nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit infolge von Komplikationen Anspruch auf Leistungen.

34.2 Die versicherten Leistungen werden nur erbracht, wenn der Versicherungsschutz während mindestens eines Jahres vor dem errechneten Geburtstermin bestanden hat.

35 Geburt

35.1 In Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) kann vertraglich ein Geburtsgeld vereinbart werden. Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Versicherung bereits eine Schwangerschaft, wird kein Geburtsgeld ausgerichtet.

35.2 Die vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet.

35.3 Sofern kein Geburtsgeld vereinbart ist, ruht die Leistungspflicht während acht Wochen nach der Geburt. Wird die Erwerbstätigkeit bis zur 16. Woche nach der Geburt nicht wieder aufgenommen, ruht die Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt.

VI. Prämien

36 Prämienanpassung

Auf Vertragsende kann der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer unter Einhaltung der vertraglichen Kündigungsfrist die Prämie an die veränderte Altersstruktur der Versicherten und/oder an die Schadenerfahrung seit Vertragsbeginn anpassen.

37 Prämientarif

Ändert der Prämientarif während der Vertragsdauer, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages von der folgenden Versicherungsperiode an verlangen. Zu diesem Zweck hat er dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode schriftlich bekannt zu geben. Ergibt sich aus einer solchen Änderung eine Prämien-erhöhung, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Prämientarifs.

38 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 38.1 Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen. Sie ist jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres fällig, bei Beginn der Versicherung mit Zustellung der Rechnung für die entsprechende Restzeit eines Jahres.
- 38.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 38.3 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlaufe des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
- 38.4 Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

39 Vorausprämie

Auf Beginn jedes Kalenderjahres wird eine Vorausprämie in der Höhe der voraussichtlichen Jahresprämie ermittelt, die je nach vereinbarter Zahlungsart jährlich bzw. in halb- oder vierteljährlichen Raten fällig wird.

40 Prämienabrechnung

- 40.1 Die definitive Prämienabrechnung erfolgt am Ende des Kalenderjahres aufgrund der Summe der nach AHV-Regelung im abgelaufenen Versicherungsjahr ausgerichteten Löhne, welche vom Versicherungsnehmer auf dem dafür vorgesehenen Formular zu liefern sind.
- 40.2 Die definitive Jahresprämie wird per Ende jedes Kalenderjahres festgesetzt. Zu diesem Zweck stellt der Versicherer dem Versicherungsnehmer das notwendige Formular mit der Aufforderung zu, ihm darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung bekannt zu geben. Sendet der Versicherungsnehmer das erwähnte Formular nicht innert nützlicher Frist nach der Aufforderung zurück, mahnt ihn der Versicherer, dies innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung nachzuholen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 40.3 Nach- oder Rückzahlungen werden innert 30 Tagen seit Versand der definitiven Prämienabrechnung zur Zahlung fällig.
- 40.4 Der Versicherer kann die Richtigkeit der Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit nachprüfen und Einsicht in seine Bücher und Belege nehmen. Verweigert der Versicherungsnehmer diese Nachprüfung oder macht er vorsätzlich unrichtige Angaben, ist der Versicherer von diesem Zeitpunkt an nicht mehr an den Vertrag gebunden.

41 Mahnung, Zahlungsverzug

- 41.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung

ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

- 41.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 41.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
- 41.3 Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer ereignen, nicht leistungspflichtig. Der Verzugszins ab Prämienfälligkeit beträgt 6%.

42 Rückerstattung der Prämien

- 42.1 Wird der Vertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer aufgehoben, erstattet der Versicherer die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsdauer fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Raten nicht mehr ein. Vorbehalten bleiben die dem Versicherer entstandenen Verwaltungskosten.
- 42.2 Diese Regelung gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer im Schadenfalle den Vertrag vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres kündigt.

43 Überschussbeteiligung

- 43.1 Sofern vereinbart, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach Ablauf der vereinbarten Abrechnungsperiode einen Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Vertrag.
- 43.2 Sind keine abweichenden Perioden vereinbart, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach drei Versicherungsjahren (Abrechnungsperiode jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember) einen vertraglich vereinbarten Anteil am Nettoüberschuss des Vertrages.
- 43.3 Der Nettoüberschuss ergibt sich aus der Prämien-summe der drei Versicherungsjahre abzüglich der in dieser Periode ausgerichteten Versicherungsleistungen und eines vertraglich festgelegten Anteils der Prämien für Rückstellungen, Reserven und Verwaltungskosten. Die Prämien sowie die ausgerichteten Versicherungsleistungen für Versicherte, die von der Kollektiv-Taggeldversicherung in die Einzel-Taggeldversicherung TOP übergetreten sind, werden für die Berechnung des Nettoüberschusses ebenfalls berücksichtigt.
- 43.4 Bei Kündigung des Vertrages vor Ende einer Abrechnungsperiode erlöschen Ansprüche auf Überschussbeteiligungen.

VII. Pflichten und Anspruchsbegründung

44 Pflichten und Obliegenheiten

- 44.1 Bei jeder Arbeitsunfähigkeit, die voraussichtlich zu Leistungen des Versicherers führt, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Der Versicherte ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.
- 44.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse einzuholen. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat zudem vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf die Arbeitsunfähigkeit sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht. Auf Verlangen des Versicherers entbindet der Versicherte Leistungserbringer, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.
- 44.3 Der Versicherte ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.
- 44.4 Der Versicherer behält sich das Recht vor, bei den arbeitsunfähigen versicherten Personen jederzeit Betreuungs- und Kontrollbesuche vorzunehmen.
- 44.5 Der Versicherte, der in seinem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerfen (Schadenminderungspflicht). Eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Erwerbsbereich wird berücksichtigt.
- 44.6 Der Versicherte ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies ein Arzt oder der Versicherer anordnet.

45 Anspruchsbegründung

- 45.1 Die Begründung des Anspruchs hat durch den Versicherungsnehmer auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular zu erfolgen.
- 45.2 Arbeitsunfähigkeiten von versicherten Personen sind dem Versicherer unter Beilage des ärztlichen Attestes spätestens fünf Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, in jedem Fall aber innert 30 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit anzuzeigen. Bei unentschuldigter verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- 45.3 Sind für eine Arbeitsunfähigkeit neben dem Versicherer auch andere Sozial- oder Privatversicherer leistungspflichtig (z.B. Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung, berufliche Vorsorge, andere Taggeldversicherungen), so werden die versicherten Leistungen nur gewährt, wenn der Versicherungsfall den entsprechenden Versicherungen rechtzeitig angemeldet wurde. Neben den in

Art. 45.1 und 45.2 erwähnten Unterlagen sind dem Versicherer zudem die Anmeldebestätigung, die Abrechnungen und allfällige Verfügungen des anderen Versicherungsträgers einzureichen.

- 45.4 Zur Geltendmachung eines vertraglich vereinbarten Geburtengeldes ist dem Versicherer ein ärztliches Zeugnis, welches über die Dauer der Schwangerschaft und das Datum der Geburt Auskunft gibt, einzusenden.

VIII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

46 Ausschlüsse

- Von der Versicherung ausgeschlossen sind Folgen von:
- 46.1 kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Ausland. Wird der Versicherte jedoch im Land, wo er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten;
- 46.2 ausländischem Militärdienst;
- 46.3 Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
- 46.4 Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
- 46.5 versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.

47 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

- Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:
- 47.1 wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten (Art. 44) gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- 47.2 bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Massgebend sind die Definitionen der obligatorischen Unfallversicherung.

48 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses die Leistungen zu kürzen.

49 Mehrfachversicherung

Bestehen Privatversicherungsverträge bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern, so werden die Leistungen gesamthaft nur einmal vergütet. In diesem Fall wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer aus der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre, und hierauf

die Gesamtsumme dieser Leistungen errechnet. Von dieser Summe hat jeder Versicherer nur jenen Teil zu übernehmen, der seinem Anteil der Gesamtsumme entspricht.

50 Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung

- 50.1 Der vertragliche Anspruch aus der Kollektiv-Taggeldversicherung wird um die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie um das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen (Art. 44.5) gekürzt. In jedem Fall wird höchstens die vertragliche Leistung ausgerichtet.
- 50.2 Bei einer allfälligen Leistungspflicht von Sozialversicherern ist der Versicherer berechtigt, bei diesen von ihm vorschussweise erbrachte Leistungen direkt zurückzufordern. Der Versicherer fordert insbesondere Leistungen, die er im Hinblick auf eine Invalidenrente erbringt, ab dem Zeitpunkt des Rentenbeginns direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung gemäss Art. 50.1.
- 50.3 Wird der Versicherer anstelle des haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherers in Anspruch genommen, so hat der Versicherte dem Versicherer im Rahmen der ausgerichteten Leistungen seine Ansprüche abzutreten.
- 50.4 Entschädigungen, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherer übernommen worden sind, werden von den Leistungen des Versicherers in Abzug gebracht.
- 50.5 Allfällig in anderen Versicherungen vorgenommene Kürzungen werden durch die Kollektiv-Taggeldversicherung nicht gedeckt.
- 50.6 Zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

51 Vorleistung und Regress

- 51.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung ausrichten, dass ihm der Versicherte seine Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts entgegensteht.
- 51.2 Vom Versicherten ohne Einwilligung des Versicherers mit Dritten abgeschlossene Vereinbarungen, welche einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungsleistungen oder Schadenersatzansprüche zum Inhalt haben, lassen die Leistungspflicht des Versicherers erlöschen.

IX. Verschiedenes

52 Verrechnung, Abtretung und Verpfändung

- 52.1 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 52.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

53 Informationspflicht des Versicherungsnehmers

- 53.1 Der Versicherungsnehmer hat die Versicherten schriftlich über ihre Rechte und Pflichten aus der Versicherung, insbesondere über die Möglichkeiten der Weiterführung der Versicherung bei Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis oder bei Erlöschen des Vertrages, zu orientieren.
- 53.2 Verstösst der Versicherungsnehmer gegen diese Informationspflicht, verbleibt der Versicherte bis zum Erhalt der entsprechenden Orientierung im Kollektivvertrag.

54 Erfüllung

- 54.1 Die Verpflichtungen aus dem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 54.2 Die Leistungen werden in der Regel an den Versicherungsnehmer ausbezahlt, der sie an die versicherte Person weiterleitet.
- 54.3 Werden der Quellensteuer unterliegende Leistungen direkt an den Versicherten ausbezahlt, werden diese um den geschuldeten Steuerabzug an der Quelle gekürzt.
- 54.4 Dem Versicherungsnehmer können der Quellensteuer unterliegende Leistungen ungekürzt überwiesen werden. Er hat in diesem Fall den nach den massgeblichen Steuergesetzen vorgesehenen Steuerabzug an der Quelle vorzunehmen und allen dem Schuldner der steuerbaren Leistung von Gesetzes wegen obliegenden Pflichten nachzukommen, namentlich rechtzeitig mit den zuständigen Steuerbehörden abzurechnen. Der Versicherungsnehmer haftet für sämtlichen Schaden, der dem Versicherer aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtungen erwächst, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

55 Mitteilungen

- 55.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz der CONCORDIA oder die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.
- 55.2 Wird die Versicherung der CONCORDIA durch einen anderen Versicherer vermittelt, gelten die ihm zugestellten Mitteilungen und Anzeigen als an die CONCORDIA selbst erfolgt.
- 55.3 Der Versicherungsnehmer hat jede Änderung seiner Adresse oder seiner tatsächlichen Verhältnisse,

sofern sie für die Beurteilung der Leistungspflicht massgebend sein können, der CONCORDIA schriftlich mitzuteilen. Alle Mitteilungen an den Versicherungsnehmer erfolgen rechtsgültig an die letzte bekannte Adresse in der Schweiz.

56 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dem Vertrag steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand seines schweizerischen Wohnsitzes oder seines Arbeitsortes zur Verfügung.



Dir vertraue ich

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch