

Einzel-Taggeldversicherungen STANDARD und PLUS

Kundeninformationen zu den AVB Einzel-Taggeldversicherungen STANDARD und PLUS

Die folgenden Informationen ermöglichen Ihnen einen raschen 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 (AVB) sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONCORDIA Versicherungen 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
- Unfall
- Mutterschaft

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

Die Versicherung kann als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) oder als Schadenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung STANDARD) abgeschlossen werden.

Keine Versicherungsdeckung besteht unter anderem für Arbeitsunfähigkeiten in Zusammenhang mit:

- Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Behandlung von Adipositas (Übergewicht; inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Kosmetische Behandlungen und Geschlechtsumwandlungen (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)

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

- Wenn die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person ihren Verpflichtungen und Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, sie weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist, oder dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des versicherten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer geschuldeten Leistung hatte.
- Bei grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person.
- Bei Unfällen als Folge von Wagnissen.

Die vorstehenden Ausschlussgründe greifen auch dann, wenn sie nur Teilursache einer Krankheit oder eines Unfalls sind.

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

Weitere Ausschlüsse und Kürzungen ergeben sich aus den AVB.

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.

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. Tag des jeweiligen Monats fällig.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **Zeitlich beschränkte Meldepflicht:** Für den Fall, dass sich nach Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens und bis zum Abschluss der Versicherung erhebliche Tatsachen ändern, welche zu einer Gefahrserhöhung führen, ist die antragstellende oder die versicherte Person verpflichtet, dies dem Versicherer zu melden. Die Meldung hat unverzüglich und schriftlich zu erfolgen, wobei der Gesundheitsfragebogen zu ergänzen oder zu berichtigen ist. Die Meldepflicht entfällt ab Abschluss der Versicherung.
- **Schadenminderungspflicht:** Die versicherte Person hat bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten. Die versicherte Person, die in ihrem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerfen.
- **Meldepflicht:** Arbeitsunfähigkeiten der versicherten Person sind dem Versicherer unter Beilage des ärztlichen oder chiropraktischen Attestes spätestens fünf Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, in jedem Fall aber innert 30 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit anzuzeigen. Bei unentschuldigbar verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- **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 (Ärztin, Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der CONCORDIA. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies eine Ärztin oder ein Arzt oder der Versicherer anordnet. Die versicherte Person ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den AVB sowie aus dem VVG.

Wann beginnt die Versicherung?

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

Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrages oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

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 Vertragsdauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Wann endet der Vertrag?

Die Versicherung erlischt:

- Mit dem Tod der versicherten Person.
- Durch Kündigung.
- Durch Rücktritt der versicherungsnehmenden Person oder des Versicherers.
- Mit Bezug einer AHV-Rente.
- Bei Konkurs der versicherungsnehmenden Person mit der Konkurseröffnung.
- Mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer.
- Durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Führung eines eigenen Haushaltes.
- Durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland.
- Durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anders lautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

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

Zudem kann die versicherungsnehmende Person 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 unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht).

Die CONCORDIA kann vom Vertrag zurücktreten:

- Wenn die versicherungsnehmende Person mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und die CONCORDIA darauf verzichtet, die Prämie einzufordern.
- Im Falle eines Versicherungsbetrugs.
- Wenn im Zeitraum nach Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens und bis zum Abschluss der Versicherung erhebliche Tatsachen geändert haben, die zu einer Gefahrserhöhung führten und die antragstellende oder die versicherte Person diese Gefahrserhöhung nicht unverzüglich schriftlich der CONCORDIA gemeldet hat.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den AVB sowie aus dem VVG.

Wann erlischt der Leistungsanspruch

Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für bestehende Arbeitsunfähigkeiten) erlischt mit dem Ende der Versicherung.

Welche Formen sind der Schriftform gleichgestellt?

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind andere Formen, die den Nachweis durch Text ermöglichen. Ausnahmen zu diesem Grundsatz ergeben sich aus den AVB.

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind:

- Texte, die über das Kundenportal bei der CONCORDIA eingehen.
- Texte, die nach vorgängiger Identitätsprüfung in dem dafür vorgesehenen elektronischen Kontaktformular bei der CONCORDIA eingehen (www.concordia.ch). Die CONCORDIA ist nicht verpflichtet, ein solches Kontaktformular zur Verfügung zu stellen.
- Texte von eingescannten PDF-Dokumenten mit Unterschrift, die mit E-Mail bei der CONCORDIA auf info@concordia.ch oder der in der Police bezeichneten E-Mail-Adresse eingehen.
- Texte von E-Mails mit qualifizierter elektronischer Signatur, die mit E-Mail bei der CONCORDIA auf info@concordia.ch oder der in der Police bezeichneten E-Mail-Adresse eingehen.

Zu welchen Zwecken bearbeitet die CONCORDIA die Daten?

- **Abschluss und Abwicklung des Versicherungsvertrages (inkl. Offertstellung):** Der Zweck der Datenbearbeitung ist die Offertstellung bzw. der Abschluss sowie die Abwicklung des Versicherungsvertrages. Dies beinhaltet insbesondere folgende Zwecke: Bearbeitung von Anfragen, Leistungsabwicklung, Einhaltung von rechtlichen, regulatorischen und internen Vorgaben, Provisionsabwicklung, Datenpflege, statistische Auswertung, Antragsprüfung und Underwriting sowie Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung (VVG), Kundeninformation, Kundenkorrespondenz, Inkasso/Exkasso, Kundenberatung, Versichertenkarte, Abklärung der Versicherungspflicht, Rabattüberprüfung, Bekämpfung Versicherungsmissbrauch. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt.
- **Sicherheit:** Der Zweck der Bearbeitung ist das Gewährleisten der Informationssicherheit. Dies kann insbesondere folgende Zwecke beinhalten: Überwachung und Protokollierung der Systeme und Netzwerke der CONCORDIA, Sicherstellung des Betriebes, Störungsmanagement, Testing, Backup-Management.
- **Marketing:** Die Daten werden für Marketingzwecke der CONCORDIA verwendet. Insbesondere können die betroffenen Personen einmal jährlich mit einem Schreiben und durch Mitarbeitende der CONCORDIA Versicherungen AG oder eines Partnercenters telefonisch kontaktiert werden. Weitere Marketingaktivitäten können sein: Ermittlung der Kundenzufriedenheit und Kundenbedürfnisse, Marktforschung sowie die Erbringung von

massgeschneiderten Dienstleistungen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmässigkeit der Datenbearbeitung, die zwischen der Einwilligung und dem Widerruf erfolgt, wird dadurch nicht berührt.

Werden Daten mit Drittpersonen ausgetauscht?

Daten können unter bestimmten Voraussetzungen bei Dritten beschafft werden (z. B. Spital, ärztliche Fachpersonen, andere Versicherer, Behörden). In diesen Fällen handelt es sich um Versichertendaten (z. B. Name, Adresse, Kontaktdaten, Versicherungsprodukte) oder um Gesundheitsdaten (z. B. Rechnungen, medizinische Berichte, Leistungsabrechnungen).

Im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten können Daten auch an Empfängerinnen und Empfänger bekanntgegeben werden. Abhängig vom Einzelfall handelt es sich insbesondere um folgende Kategorien von Empfängerinnen und Empfängern: Dienstleistungsanbieter, die die CONCORDIA bei der Erfüllung der Bearbeitungszwecke unterstützen (z. B. IT-Dienstleister, Druckereien, Partnercenter), Behörden, andere Versicherer, Rückversicherer, externe Sachverständige, beteiligte Dritte in Rechtsstreitigkeiten sowie weitere Gesellschaften der CONCORDIA-Gruppe.

Die Daten können an die Landesvertretung der CONCORDIA in Liechtenstein übermittelt werden. Der Bundesrat hat festgestellt, dass die Gesetzgebung in Liechtenstein einen angemessenen Schutz gemäss Art. 16 Abs. 2 DSGVO gewährleistet.

Wer ist für die Bearbeitung der Daten verantwortlich?

Verantwortlich für die Bearbeitung der Daten ist die CONCORDIA Versicherungen AG, Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Der oder die betriebliche Datenschutzbeauftragte kann wie folgt kontaktiert werden: CONCORDIA, Datenschutz, Bundesplatz 15, 6002 Luzern, info@concordia.ch oder +41 41 228 01 11. In der Datenschutzerklärung unter www.concordia.ch/datenschutz finden Sie umfassende Informationen dazu.

Einzel-Taggeldversicherungen STANDARD und PLUS

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

	Art.		
I. Allgemeines		VIII. Pflichten und Anspruchsbeurteilung	
Grundlagen	1	Pflichten und Obliegenheiten	35
Versicherer	2	Anspruchsbeurteilung	36
II. Umfang der Versicherung		IX. Einschränkungen des Versicherungsschutzes	
Gegenstand der Versicherung	3	Ausschlüsse	37
Aufnahme in die Versicherung	4	Kürzung und Verweigerung von Leistungen	38
Örtlicher Geltungsbereich	5	Mehrfachversicherung	39
III. Versicherungsmöglichkeiten		Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung	40
Varianten	6	Vorleistung und Regress	41
Wartefristen	7	X. Verschiedenes	
Höchstzulässige Versicherung	8	Verrechnung, Abtretung und Verpfändung	42
IV. Begriffsbestimmungen		Erfüllung	43
Schriftform, gleichgestellte Textform	9	Mitteilungen	44
Schadenversicherung	10	Gerichtsstand	45
Summenversicherung	11	Bestandesschutz gegenüber den Anpassungen per 1. Januar 2022	46
Arbeitsunfähigkeit	12	Anwendung des am 1. Januar 2022 in Kraft tretenden revidierten Versicherungsvertragsgesetzes	47
Krankheit	13		
Unfall	14		
Rückfall, neuer Versicherungsfall	15		
Versicherungsperiode	16		
V. Beginn und Ende der Versicherung		I. Allgemeines	
Beginn des Versicherungsschutzes / Widerruf	17	1 Grundlagen	
Vertragsdauer	18	1.1 Grundlagen des Vertrages bilden:	
Ersatzpolice	19	1.1.1 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen;	
Ende der Versicherung	20	1.1.2 die schriftlichen Erklärungen, die die versicherungs- nehmende (antragstellende) Person und die Versicherten (die zu versichernden Personen) im Antrag, im ärztlichen Untersuchungsbericht und in weiteren Schriftstücken abgeben.	
Kündigung	21	1.2 Abweichende Bestimmungen in den ZVB gehen diesen AVB vor.	
Erlöschen des Leistungsanspruchs	22	1.3 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).	
VI. Versicherte Leistungen		2 Versicherer	
Leistungsanspruch	23	Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist die CONCORDIA Versicherungen AG, Luzern, im Folgenden CONCORDIA genannt.	
Wartefrist	24		
Leistungsdauer	25		
Kurzaufenthalt und Saisonanstellung	26		
Leistungen im Ausland	27		
Schwangerschaft	28		
Geburt	29		
VII. Prämien			
Prämientarif	30		
Fälligkeit, Prämienzahlung	31		
Mahnung, Zahlungsverzug	32		
Anpassung des Prämientarifs	33		
Änderung der Prämienabstufung	34		

II. Umfang der Versicherung

3 Gegenstand der Versicherung

- 3.1 Der Versicherer gewährt im Rahmen der nachstehenden Bestimmungen und der in der Police sowie allfälligen ZVB festgesetzten Leistungen Versicherungsschutz für die bei Arbeitsunfähigkeit entstehenden wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburten und Unfällen.
- 3.2 Die Versicherung kann als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) oder als Schadenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung STANDARD) abgeschlossen werden.

4 Aufnahme in die Versicherung

- 4.1 Die Versicherung steht nur erwerbstätigen und Haushalt führenden Personen offen.
- 4.2 Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit einer Gesundheitsprüfung.
- 4.3 Zur Aufnahme in die Versicherung oder bei Versicherungsänderungen ist das dafür vorgesehene Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und dem Versicherer zuzustellen. Das Gleiche gilt für allfällig verlangte ergänzende Angaben. Der Entscheid kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.
- 4.4 Hat die antragstellende oder versicherte Person bei der Beantwortung der Fragen eine erhebliche Tatsache, die sie 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, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherungsnehmenden Person wirksam.
- 4.5 **Treten nach erfolgter Beantwortung der Fragen bis zum Abschluss der Versicherung gesundheitliche Veränderungen ein, so muss dies die antragstellende oder die versicherte Person dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitteilen und die Beantwortung der Fragen ergänzen oder berichtigen.** Wird diese Nachmeldspflicht verletzt, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherungsnehmenden Person wirksam.
- 4.6 Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherung ganz abzulehnen.

5 Örtlicher Geltungsbereich

- 5.1 Die Versicherung gilt weltweit.
- 5.2 Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland werden die versicherten Leistungen nur während der Dauer eines Spitalaufenthaltes ausgerichtet.
- 5.3 Ist die versicherte Person für einen schweizerischen Arbeitgeber im Ausland tätig, werden die vollen versicherten Leistungen gewährt. Neben der ärztlichen Bescheinigung hat die versicherte Person ihre Arbeitsunfähigkeit auch vom Arbeitgeber bestätigen zu lassen.
- 5.4 Die Taggeldleistungen werden nur bei Spitalbehandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Bei Verletzungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.
- 5.5 Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen gewährt.

III. Versicherungsmöglichkeiten

6 Varianten

- 6.1 Es können folgende Versicherungsvarianten gewählt werden:
- Taggeld bei Krankheit.
 - Taggeld bei Unfall.
 - Taggeld für Personen, die einen Haushalt führen, bei Krankheit und Unfall.
- 6.2 Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.
- 6.3 Personen, die einen Haushalt führen, können die Taggeldversicherung nur als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) mit einer Leistungsdauer von 365 Tagen abschliessen.

7 Wartefristen

Die Taggeldversicherungen können mit Wartefristen von unterschiedlicher Dauer abgeschlossen werden. Massgebend sind die entsprechenden Prämientarife.

8 Höchstzulässige Versicherung

- 8.1 Der Versicherer vereinbart mit der versicherungsnehmenden Person das versicherte Taggeld.
- 8.2 Personen, die einen eigenen Haushalt führen, können ein Taggeld in 10er-Schritten von CHF 10 bis höchstens CHF 50 versichern.
- 8.3 Die Höchstbeträge können auch durch Kumulation verschiedener Versicherungsabschlüsse beim Versicherer nicht überschritten werden.

IV. Begriffsbestimmungen

9 Schriftform, gleichgestellte Textform

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind andere Formen, die den Nachweis durch Text ermöglichen. Der Versicherer kann auf der Website (www.concordia.ch) und in den Kundeninformationen gemäss Art. 3 VVG Vorgaben zu den anderen Formen machen, damit sie als der Schriftform gleichgestellt gelten. Vorbehalten bleiben zwingende Gesetzesvorschriften sowie die Rechtsprechung dazu. Die Verwendung der anderen Formen kann mit erhöhten datenschutzrechtlichen Risiken verbunden sein. Der Versicherer haftet nicht für Verhalten, das die versicherungsnehmende Person selber zu verantworten hat.

10 Schadenversicherung

Die Schadenversicherung deckt den infolge Krankheit und – sofern vereinbart – infolge Geburt und Unfällen entstandenen Erwerbsausfall, wobei Lohnfortzahlungen der Arbeitgeberin oder 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. 39 und 40 finden Anwendung.

11 Summenversicherung

Bei der Summenversicherung werden die Leistungen bei Krankheit und – sofern vereinbart – bei Geburt und Unfällen unabhängig vom dadurch entstandenen Schaden ausgerichtet. Die Leistungen anderer Privat- und Sozialversicherungen oder anderer Zahlungspflichtiger werden nicht berücksichtigt. Eine Reduktion der Leistungen bzw. eine Berücksichtigung der Überentschädigung bei Leistungen Dritter erfolgt nicht. Art. 39 und 40 finden keine Anwendung.

12 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalls ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren derzeitigen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn sie den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist.

13 Krankheit

Als Krankheit gilt jede vom Willen der versicherten Person unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche, geistige oder psychische 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.

14 Unfall

Als Unfall gilt 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.

15 Rückfall, neuer Versicherungsfall

15.1 Medizinisch mit früheren Krankheiten oder Unfällen zusammenhängende Krankheiten und Unfälle gelten als Rückfall.

15.2 Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund der gleichen Ursache während mindestens 180 Tagen weder ärztlich behandelt wurde noch ganz oder teilweise arbeitsunfähig war.

15.3 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.

16 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

V. Beginn und Ende der Versicherung

17 Beginn des Versicherungsschutzes / Widerruf

17.1 Die Versicherung kann auf den ersten Tag eines jeden Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

17.2 Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

18 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.

19 Ersatzpolice

Wird eine Police ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen, die vertragsgemäss betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen angerechnet.

20 Ende der Versicherung

20.1 Die Versicherung erlischt:

20.1.1 Mit dem Tod der versicherten Person.

20.1.2 Durch Kündigung.

20.1.3 Durch Rücktritt der versicherungsnehmenden Person oder des Versicherers (Art. 32.2).

20.1.4 Mit Bezug einer AHV-Rente.

20.1.5 Bei Konkurs der versicherungsnehmenden Person mit der Konkurseröffnung.

20.1.6 Mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer.

20.1.7 Durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Führung eines eigenen Haushaltes.

20.1.8 Durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland.

20.1.9 Durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anders lautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

20.2 Die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend schriftlich mitzuteilen, wenn einer der in Art. 20.1.7–20.1.9 genannten Gründe eintritt. Wird diese Mitteilung unterlassen, ist der Versicherer nicht mehr an den Vertrag gebunden.

21 Kündigung

21.1 Die versicherungsnehmende Person kann die Versicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der Vertragsdauer und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode (Art. 16) kündigen.

21.2 Die versicherungsnehmende Person kann die Versicherung zudem bei Änderungen der Prämientarife gemäss Art. 33 kündigen.

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

21.4 Aus wichtigem Grund im Sinn von Art. 35b VVG kann der Vertrag jederzeit schriftlich gekündigt werden.

21.5 Dem Versicherer stehen weder das ordentliche Kündigungsrecht noch das Kündigungsrecht im Schadenfall zu. Vorbehalten bleibt das Kündigungsrecht

des Versicherers bei Anzeigepflichtverletzungen sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

22 Erlöschen des Leistungsanspruchs

Der Anspruch auf Leistungen, einschliesslich der Leistungen für bestehende Arbeitsunfähigkeiten erlischt, vorbehaltlich periodischer Leistungsverpflichtungen im Sinn von Art. 35c VVG, mit dem Ende der Versicherung. Vorbehalten bleibt der Rückerstattungsanspruch des Versicherers bei Anzeigepflichtverletzung.

VI. Versicherte Leistungen

23 Leistungsanspruch

23.1 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.

23.2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bemisst sich die Leistung nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 50 Prozent ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

23.3 Ist die Krankheit bzw. der Unfall nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, erbringt der Versicherer nur einen entsprechenden Teil der Leistungen. Art. 23.2 findet dabei ebenfalls Anwendung.

24 Wartefrist

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

24.2 Für die Berechnung der Wartefrist werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent als Tage mit voller Arbeitsunfähigkeit mitgezählt.

24.3 Die Wartefrist wird für jeden Versicherungsfall getrennt berechnet.

24.4 Führt im Anschluss an einen leistungspflichtigen Krankheitsfall ein neuer Krankheitsfall mit anderer oder gleicher Ursache unmittelbar zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, gelten beide Krankheitsfälle hinsichtlich Wartefrist zusammen als ein Krankheitsfall, sofern zwischen beiden Krankheitsfällen nicht eine volle Arbeitsfähigkeit von mindestens 30 Tagen bestanden hat.

25 Leistungsdauer

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

25.2 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.

- 25.3 Die versicherte Person kann durch Verzicht auf Leistungen das Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer nicht verhindern.
- 25.4 Wartefristen werden an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

26 Kurzaufenthalt und Saisonanstellung

Kurzaufenthalterinnen, Kurzaufenthalter und Saisonangestellte haben zwischen zwei Aufenthalten bzw. 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.

27 Leistungen im Ausland

- 27.1 Während eines Ferienaufenthaltes im Ausland werden Leistungen erbracht, sofern ein ärztliches Zeugnis über die Arbeitsunfähigkeit und die medizinische Diagnose vorliegt und solange der versicherten Person die Rückreise nicht zumutbar ist.
- 27.2 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, verliert sie ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen.

28 Schwangerschaft

- 28.1 Bei Schwangerschaft besteht nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit infolge von Komplikationen Anspruch auf Leistungen.
- 28.2 Die versicherten Leistungen werden nur erbracht, wenn der Versicherungsschutz während mindestens eines Jahres vor dem errechneten Geburtstermin bestanden hat.
- 28.3 Die Leistungspflicht ruht 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.

29 Geburt

- 29.1 Bei der Summenversicherung kann in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Bundesgesetz über den Erwerbersatz für Dienstleistende, bei Mutterschaft und Vaterschaft (EOG) vertraglich ein Geburtsgeld vereinbart werden. Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Versicherung bereits eine Schwangerschaft, wird kein Geburtsgeld ausgerichtet.
- 29.2 Die vereinbarte Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet.
- 29.3 Das Geburtsgeld wird nur erbracht, wenn der Versicherungsschutz mindestens während eines Jahres vor dem errechneten Geburtstermin bestanden hat.

- 29.4 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.

VII. Prämien

30 Prämientarif

- 30.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 16) berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.
- 30.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz vorsehen. Ändert der Beruf, die Tätigkeit oder der zivilrechtliche Wohnsitz der versicherten Person, ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich bekannt zu geben. Die Prämien können vom Zeitpunkt der Änderung an angepasst werden.
- 30.3 Für die Varianten Krankheit und Unfall als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) sind folgende Altersklassen massgeblich:
- 16-30 Jahre.
 - Danach Altersklassen in 10-Jahres-Abschnitten.
 - Bis zur Endaltersklasse von 61 Jahren und älter.
- Für die Varianten Krankheit und Unfall als Schadenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung STANDARD) sind folgende Altersklassen massgeblich:
- 16-25 Jahre.
 - Danach Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten.
 - Bis zur Endaltersklasse von 61 Jahren und älter.
- Für die Variante Summenversicherung für haushaltsführende Personen (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) sind folgende Altersklassen massgeblich:
- 16-20 Jahre.
 - Danach Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten.
 - Bis zur Endaltersklasse von 61 Jahren und älter.
- Die Prämie erhöht sich ab Erreichen der nächsthöheren Altersklasse.

31 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 31.1 Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen. Sie ist jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres fällig, bei unterjährigem Beginn der Versicherung mit Zustellung der Rechnung für die entsprechende Restzeit eines Jahres.
- 31.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 31.3 Führt die versicherungsnehmende Person mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss sie einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.

- 31.4 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlauf des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
- 31.5 Ist die versicherungsnehmende Person mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

32 Mahnung, Zahlungsverzug

- 32.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird die versicherungsnehmende Person 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.
- 32.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 32.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
- 32.3 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 und nach Ablauf der Wartefrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

33 Anpassung des Prämientarifs

Ändert der Prämientarif aufgrund der Kostenentwicklung, der Risikoentwicklung oder des Schadenverlaufs, kann der Versicherer die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat er der versicherungsnehmenden Person die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten der neuen Prämien schriftlich bekannt zu geben. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

34 Änderung der Prämienabstufung

Bewirkt eine Änderung der Prämienabstufung nach Alter, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz der versicherten Person eine Prämienänderung, so kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Änderung die Prämien entsprechend anpassen. Die versicherungsnehmende Person hat während 30 Tagen ab Bekanntgabe der neuen Prämie das Kündigungsrecht.

VIII. Pflichten und Anspruchsbegründung

35 Pflichten und Obliegenheiten

- 35.1 Bei jeder Arbeitsunfähigkeit, die voraussichtlich zu Leistungen des Versicherers führt, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.
- 35.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse einzuholen. Die versicherungsnehmende Person bzw. die versicherte Person 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 die versicherte Person Leistungserbringer, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.
- 35.3 Der Versicherte ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.
- 35.4 Der Versicherer behält sich das Recht vor, bei den arbeitsunfähigen versicherten Personen jederzeit Kontrollbesuche vorzunehmen. Der Empfang der Kontrollbesuchenden des Versicherers oder von beauftragten Drittpersonen kann nicht verweigert werden.
- 35.5 Die versicherte Person, die in ihrem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerfen (Schadensminderungspflicht). Eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf, Erwerbs- oder Aufgabenbereich wird berücksichtigt.
- 35.6 Die versicherte Person ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies eine Ärztin, ein Arzt oder der Versicherer anordnet.

36 Anspruchsbegründung

- 36.1 Die Begründung des Anspruchs hat durch die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular zu erfolgen.
- 36.2 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 unentschuldigbar verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen, es sei denn, die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person weist nach, dass die verspätete Meldung keinen Einfluss auf den

Eintritt des versicherten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer geschuldeten Leistung hatte.

- 36.3 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. 37.1 und 37.2 erwähnten Unterlagen sind dem Versicherer zudem die Anmeldebestätigung, die Abrechnungen und allfällige Verfügungen des anderen Versicherungsträgers einzureichen.
- 36.4 Zur Geltendmachung eines vertraglich vereinbarten Geburtengeldes ist dem Versicherer ein ärztliches Zeugnis einzusenden, welches über die Dauer der Schwangerschaft und das Datum der Geburt Auskunft gibt.
- 36.5 Die Leistungen des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag verjähren in fünf Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

IX. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

37 Ausschlüsse

- 37.1 Arbeitsunfähigkeiten, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz oder im Ausland. Wird die versicherte Person jedoch im Land, wo sie sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten.
 - Ausländischer Militärdienst.
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten.
 - Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen.
 - Vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen.
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person sei unbeteiligt oder bei Hilfeleistungen für Wehrlose durch die Streitenden verletzt worden.
 - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert.
 - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie.
 - Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch.

- Versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.

Die vorstehenden Ausschlussgründe greifen auch dann, wenn sie nur Teilursache einer Krankheit oder eines Unfalls sind.

- 37.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für Arbeitsunfähigkeiten infolge:
- Behandlung von Adipositas (Übergewicht; inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Kosmetischer Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).

38 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

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

- 38.1 Wenn die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person ihren Verpflichtungen und Obliegenheiten (Art. 35) gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, sie weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist, oder dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des versicherten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer geschuldeten Leistung hatte.
- 38.2 Bei grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person.
- 38.3 Bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

39 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.

- 40 Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung**
- 40.1 Die versicherten Leistungen aus der Einzel-Taggeldversicherung STANDARD, bei Arbeitslosen im Sinne des Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung (AVIG) höchstens die Höhe der Arbeitslosenentschädigung, werden um die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie um das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen (Art. 35.5) gekürzt.
- 40.2 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 Datum des Rentenbeginns direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung gemäss Art. 40.1. Davon ausgenommen sind Leistungen aus Summenversicherungen.
- 40.3 Wird der Versicherer anstelle des haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherers in Anspruch genommen, so hat die versicherte Person dem Versicherer im Rahmen der ausgerichteten Leistungen seine Ansprüche abzutreten.
- 40.4 Entschädigungen, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherer übernommen worden sind, werden von den Leistungen des Versicherers in Abzug gebracht.
- 40.5 Allfällig in anderen Versicherungen vorgenommene Kürzungen werden durch die Einzel-Taggeldversicherung STANDARD nicht gedeckt.
- 40.6 Zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.
- 41 Vorleistung und Regress**
- 41.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung ausrichten, dass ihm die versicherte Person ihre 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 entgegenstünde.
- 41.2 Von der versicherten Person 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.

X. Verschiedenes

42 Verrechnung, Abtretung und Verpfändung

- 42.1 Die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person hat gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 42.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

43 Erfüllung

- 43.1 Die Verpflichtungen aus dem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 43.2 Werden der Quellensteuer unterliegende Leistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt, werden diese um den geschuldeten Steuerabzug an der Quelle gekürzt.

44 Mitteilungen

- 44.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz der CONCORDIA oder die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.
- 44.2 Wird die Taggeldversicherung der CONCORDIA durch einen anderen Versicherer vermittelt, gelten die ihm zugestellten Mitteilungen und Anzeigen als an die CONCORDIA selbst erfolgt.
- 44.3 Die versicherte Person hat jede Änderung ihrer Adresse oder ihrer persönlichen Verhältnisse, sofern sie für die Beurteilung der Leistungspflicht massgebend sein können, sowie eine Änderung des Berufs oder der Tätigkeit der CONCORDIA schriftlich mitzuteilen. Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.
- 44.4 Mitteilungen können auch in elektronischer Form erfolgen. Der Versicherer kann auf der Website (www.concordia.ch) und in den Kundeninformationen gemäss Art. 3 VVG Vorgaben zur elektronischen Form machen, damit die Mitteilungen als rechtsgültig zugestellt gelten. Vorbehalten bleiben zwingende Gesetzesvorschriften sowie die Rechtsprechung dazu.

45 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht der versicherungsnehmenden bzw. der versicherten Person wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand ihres schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.

46 Bestandesschutz gegenüber den Anpassungen per 1. Januar 2022

- 46.1 Soweit sich die per 1. Januar 2022 vorgenommenen Anpassungen dieser AVB zulasten der versicherten Person auswirken, finden auf Versicherungsverträge, die vor 2022 abgeschlossen wurden, die Bestimmungen der bis am 31. Dezember 2021 geltenden AVB Anwendung. Im Übrigen gelten die neuen AVB.
- 46.2 Der Bestandesschutz greift insbesondere hinsichtlich dem örtlichen Geltungsbereich für Grenzgängerinnen und Grenzgänger (Art. 5.6 AVB, Ausgabe 2006).

47 Anwendung des am 1. Januar 2022 in Kraft tretenden revidierten Versicherungsvertragsgesetzes

Für Versicherungsverträge, die vor 2022 abgeschlossen wurden, gilt das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene revidierte Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) lediglich im Rahmen gemäss der Übergangsbestimmung von Art. 103a VVG.



Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch