



Einzel-Taggeldversicherung Landwirtschaft

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 und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 (inkl. Mutterschaft) und/oder
- Unfall

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 in Zusammenhang mit:

- Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
- versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung;

sowie infolge von:

- Zellulartherapien, Abmagerungskuren sowie Kräftigungstherapien;
- kosmetischen Behandlungen und Geschlechtsumwandlungen (sowie deren Komplikationen und Spätfolgen).

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 grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten;
- bei Unfällen als Folge von Wagnissen.

Ist die versicherte Person überentschädigt, so werden die versicherten Leistungen aus der Einzel-Taggeldversicherung Landwirtschaft in dem Masse gekürzt, als der versicherten Person ein Gewinn erwächst. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die Taggeldleistungen den aus der Tätigkeit auf dem landwirtschaftlichen Betrieb erzielten entgangenen Verdienst, den Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung, insbesondere bei der Haushaltführung, oder bei Arbeitslosen die Höhe der Arbeitslosenentschädigung übersteigen. Im Falle von Mutterschaft werden die Leistungen um die Mutterschaftsleistungen gemäss EOG gekürzt, soweit die versicherte Person darauf Anspruch hat.

Weitere Ausschlüsse und Kürzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie kann nach Regionen und Eintrittsalter abgestuft werden. Das Eintrittsalter entspricht dem Lebensalter beim Vertragsabschluss, wobei die versicherte Person bleibend der entsprechenden Eintrittsaltersgruppe zugeteilt wird. 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. des jeweiligen Monats fällig.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **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. Ist sie in ihrem Beruf oder ihrer angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig, hat sie 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. Sie 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. Auf Anordnung des Versicherers ist sie verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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.

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 des Versicherungsnehmers oder des Versicherers;
- mit dem Bezug einer AHV-Rente, soweit die versicherte Person nicht die Aufrechterhaltung ihrer bestehenden Versicherungsdeckung längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt;
- bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkursöffnung;
- mit Erreichen der maximalen Leistungsdauer;
- durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Haushaltsführung auf dem landwirtschaftlichen Betrieb;
- durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;
- durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anderslautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

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 unrichtig 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 Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. 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 Stellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, 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 gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

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 Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) festgesetzten Leistungen Versicherungsschutz für die bei Arbeitsunfähigkeit entstehenden wirtschaftlichen Folgen von Krankheit oder Unfall.
- 3.2 Die Versicherung ist eine Schadenversicherung.

4 Versicherte Personen

Die Versicherung steht den auf einem Landwirtschaftsbetrieb in der Schweiz erwerbstätigen und haushaltführenden Personen offen.

5 Aufnahme in die Versicherung

- 5.1 Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit einer Gesundheitsprüfung.
- 5.2 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.
- 5.3 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, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zustellung beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 5.4 Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherung ganz abzulehnen.

6 Änderung der Versicherung

- 6.1 Eine Erhöhung des versicherten Taggeldes kann auf den Ersten des folgenden Monats beantragt werden. Art. 5 gilt sinngemäss auch für die Höherversicherung.
- 6.2 Unter Beachtung einer dreimonatigen Frist bis zum Ablauf der Versicherungsperiode kann auf den Beginn der nächsten Versicherungsperiode eine Reduktion der Versicherung schriftlich beantragt werden.
- 6.3 Sofern die Voraussetzungen von Art. 5 erfüllt sind, ist jede Umwandlung der Taggeldhöhen und Wartefristen in der bestehenden Taggeldversicherung unter Beibehaltung der bisherigen Altersgruppe möglich, wenn sich dadurch die zu bezahlende Prämie nicht erhöht.

- 6.4 Arbeitslose Versicherte können innert 30 Tagen seit der Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) ihre bestehende Taggeldversicherung in der bisherigen Höhe unabhängig vom Gesundheitszustand in eine Versicherung mit 30 Tagen Wartefrist umwandeln.

III. Versicherungsmöglichkeiten

7 Varianten

- 7.1 Es können folgende Versicherungsvarianten gewählt werden:
- Taggeld bei Krankheit;
 - Taggeld bei Unfall;
 - Taggeld bei Krankheit und Unfall.
- 7.2 Bei einem Taggeld bei Krankheit bzw. bei Krankheit und Unfall werden die versicherten Leistungen auch im Falle von Mutterschaft ausgerichtet.

8 Wartefristen

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

9 Versicherte Leistungen

Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer die versicherten Maximalleistungen.

IV. Begriffsbestimmungen

10 Männliche und weibliche Form

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

11 Schadenversicherung

Die Schadenversicherung deckt je nach gewählter Versicherungsvariante den infolge Krankheit oder infolge Unfalls entstandenen Schaden, sofern dieser auf die Tätigkeit der versicherten Person auf dem landwirtschaftlichen Betrieb in der Schweiz bzw. auf deren Haushaltsführung zurückzuführen ist. Lohnfortzahlungen des Arbeitgebers sowie Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen oder anderer Zahlungspflichtiger werden angerechnet. Die Ausrichtung der versicherten Leistung hängt davon ab, ob und in welchem Ausmass die versicherte Person als Folge von Krankheit oder von Unfall einen Schaden erlitten hat. Art. 39 und 40 finden Anwendung.

12 **Arbeitsunfähigkeit**

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. Eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist.

13 **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.

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 **Versicherungsperiode**

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

V. **Beginn und Ende der Versicherung**

16 **Beginn des Versicherungsschutzes**

Die Versicherung kann auf den Ersten 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 **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.

18 **Ersatzpolice**

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

19 **Ende der Versicherung**

19.1 Die Versicherung erlischt:

19.1.1 mit dem Tod des Versicherten;

19.1.2 durch Kündigung;

19.1.3 durch Rücktritt des Versicherungsnehmers oder des Versicherers (Art. 33.2);

19.1.4 mit Bezug einer AHV-Rente. Art. 30 bleibt vorbehalten;

19.1.5 bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkursöffnung;

19.1.6 mit Erreichen der maximalen Leistungsdauer;

19.1.7 durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Haushaltung auf dem landwirtschaftlichen Betrieb (Art. 4);

19.1.8 durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;

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

19.2 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend schriftlich mitzuteilen, wenn einer der in Art. 19.1.7 – 19.1.9 genannten Gründe eintritt. Wird diese Mitteilung unterlassen, ist der Versicherer nicht mehr an den Vertrag gebunden.

20 **Kündigung**

20.1 Die Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der Vertragsdauer und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode (Art. 15) gekündigt werden.

20.2 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung zudem bei Änderungen der Prämientarife gemäss Art. 34 kündigen.

20.3 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.

21 **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.

22 **Erlöschen des Leistungsanspruchs**

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

VI. Versicherte Leistungen

23 Leistungsanspruch

- 23.1 Ein Anspruch auf Leistungen entsteht, wenn die versicherte Person nach Feststellung durch einen Arzt oder Chiropraktor 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 maximalen Leistungsdauer.
- 23.2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % wird das Taggeld anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten, bis insgesamt der Gegenwert von 720 vollen Taggeldern erreicht ist. Für die Leistungsdauer gilt Art. 25.
- 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 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 als Tage mit voller Arbeitsunfähigkeit mitgezählt.
- 24.3 Die Wartefrist wird innert 365 Tagen nur einmal angerechnet.

25 Leistungsdauer

- 25.1 Die versicherten Leistungen bei vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für eine oder mehrere Erkrankungen bzw. Unfälle während maximal 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet.
- 25.2 Wartefristen werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet, es sei denn, der Arbeitgeber sei während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet.
- 25.3 Der Versicherte kann durch Verzicht auf Leistungen das Erreichen der maximalen Leistungsdauer nicht verhindern.

26 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.

27 Leistungen im Ausland

- 27.1 Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland werden die versicherten Leistungen nur während der Dauer eines Spitalaufenthaltes ausgerichtet.
- 27.2 Ist der Versicherte für einen schweizerischen Arbeitgeber im Ausland tätig, werden die vollen versicherten Leistungen gewährt. Neben der ärztlichen Bescheinigung hat der Versicherte seine Arbeitsunfähigkeit auch vom Arbeitgeber bescheinigen lassen.
- 27.3 Die Taggeldleistungen werden nur bei Spitalbehandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Bei Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.
- 27.4 Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen gewährt.
- 27.5 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, werden ihr für die Dauer des Auslandsaufenthaltes keine Leistungen ausgerichtet.

28 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % das halbe, bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Taggeld ausgerichtet.

29 Mutterschaft

- 29.1 Bei Schwangerschaft und Geburt werden während 16 Wochen die versicherten Leistungen ausgerichtet, welche die Versicherte bis zum Tag der Geburt während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert hatte. Die vereinbarte Wartefrist wird an die 16 Wochen angerechnet. Diese Voraussetzungen gelten auch bei einer nachträglichen Höherversicherung.
- 29.2 Die Leistungen werden nach einer Schwangerschaft ausgerichtet, die mindestens 28 Wochen gedauert hat, auch wenn das Kind nicht lebensfähig ist.
- 29.3 Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens zwei Wochen vor der Geburt.
- 29.4 Die Leistungen werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.
- 29.5 Hat die Versicherte Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG), werden die Leistungen unter Abzug der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG während 16 Wochen nach der Geburt ausgerichtet. Die Wartefrist wird dabei nicht angerechnet. Bei Schwangerschaft besteht nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit infolge von Komplikationen Anspruch auf Leistungen. Diese Voraussetzungen gelten auch bei einer nachträglichen Höherversicherung.

30 Leistungen im AHV-Alter

- 30.1 Ist der Versicherte ab dem Bezug einer AHV-Rente zu mindestens 50% arbeitsfähig und bleibt er weiterhin erwerbstätig, wird auf Antrag hin die bestehende Versicherungsdeckung aufrechterhalten, längstens aber bis zum vollendeten 70. Altersjahr.
- 30.2 Im AHV-Alter werden die Leistungen aus allen Versicherungen zusammen während maximal 180 Tagen im Verlauf von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet; danach erlöschen die Versicherungen. Unmittelbar vor dem AHV-Alter bezogene Leistungen werden angerechnet, soweit sie zusammen die maximale Leistungsdauer von Art. 25 übersteigen.
- 30.3 Vereinbarte Wartefristen werden im AHV-Alter nur bis zur Dauer von maximal 30 Tagen auf die Leistungsdauer angerechnet.

VII. Prämien

31 Prämientarif

- 31.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 15) berechnet und in einem besonderen Prämientarif festgelegt.
- 31.2 Sie können nach Regionen und Eintrittsalter abgestuft werden.
- 31.3 Das Eintrittsalter entspricht dem Lebensalter beim Vertragsabschluss. Der Versicherte wird bleibend der entsprechenden Eintrittsaltersgruppe zugeteilt.
- 31.4 Für die nachträgliche Höherversicherung gilt die Eintrittsaltersgruppe, die dem Lebensalter des Versicherten im Zeitpunkt des Beginns der Höherversicherung entspricht.

32 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 32.1 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.
- 32.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 32.3 Führt der Versicherungsnehmer mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss er einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.
- 32.4 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlaufe des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
- 32.5 Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

33 Mahnung, Zahlungsverzug

- 33.1 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.

- 33.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 33.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
- 33.3 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 Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

34 Anpassung des Prämientarifs

Ändert der Prämientarif, kann der Versicherer die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat er dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten der neuen Prämien schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht er 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 der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

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. Der Versicherte 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. 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.

- 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 Kontrollbesucher des Versicherers oder von beauftragten Drittpersonen kann nicht verweigert werden.
- 35.5 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.
- 35.6 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.

36 **Anspruchsbegründung**

- 36.1 Die Begründung des Anspruches hat durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular zu erfolgen.
- 36.2 Arbeitsunfähigkeiten von Versicherten sind dem Versicherer unter Beilage des durch einen Arzt oder Chiropraktor erstellten Attestes spätestens fünf Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, in jedem Fall aber innert 30 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit anzuzeigen. Bei unentschuldig verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- 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. 36.1 und 36.2 erwähnten Unterlagen sind dem Versicherer zudem die Anmeldebestätigung, die Abrechnungen und allfällige Verfügungen des anderen Versicherungsträgers einzureichen.
- 36.4 Zur Geltendmachung der Mutterschaftsleistungen ist dem Versicherer ein ärztliches Zeugnis einzusenden, welches über die Dauer der Schwangerschaft und das Datum der Geburt Auskunft gibt. Wurde der Versicherten zudem eine Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) ausgerichtet, ist sie verpflichtet, dem Versicherer die Abrechnung der AHV-Ausgleichskasse über die Mutterschaftsentschädigung zuzustellen.

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 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;
 - 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, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er 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.
- 37.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für Arbeitsunfähigkeiten infolge:
- Zellulärtherapie, Abmagerungskuren, Kräftigungstherapien;
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind;
 - 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 der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten (Art. 35) gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- 38.2 bei grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten;
- 38.3 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. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind in dessen 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 Dem Versicherten darf aus der Taggeldversicherung keine Überentschädigung erwachsen. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die Taggeldleistungen den aus der Tätigkeit auf dem landwirtschaftlichen Betrieb erzielten entgangenen Verdienst, den Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei Arbeitslosen die Höhe der Arbeitslosenentschädigung übersteigen. Bei Mutterschaft findet Art. 29.5 Anwendung.
- 40.2 Der Versicherer kürzt seine Leistungen in dem Masse, als dem Versicherten ein Gewinn erwächst.
- 40.3 Bei der Berechnung der Überentschädigung werden eine allfällige Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers, die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen (Art. 35.5) berücksichtigt.
- 40.4 Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung hat der Versicherte bei ganzer Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherte Anspruch auf den Gegenwert von 720 Taggeldern entsprechend dem Grad der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Die in Art. 25.1 festgelegten Fristen für den Bezug von Leistungen verlängern sich entsprechend der Kürzung.
- 40.5 Versicherten, die keinen Nachweis über ungedeckten Einkommensausfall bzw. Wert der bisherigen Arbeitsleistung erbringen können, wird ein Taggeld von höchstens CHF 10 ausgerichtet.
- 40.6 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. 40.2.

- 40.7 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.
- 40.8 Entschädigungen, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherer übernommen worden sind, werden von den Leistungen des Versicherers in Abzug gebracht.
- 40.9 Allfällig in anderen Versicherungen vorgenommene Kürzungen werden durch die Taggeldversicherung Landwirtschaft nicht gedeckt.
- 40.10 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 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.
- 41.2 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.

X. Verschiedenes

42 Verrechnung, Abtretung und Verpfändung

- 42.1 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte 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 den Versicherten 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 Der Versicherte hat jede Änderung seiner Adresse oder seiner 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.

45 Gerichtsstand

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



Dir vertraue ich

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