

Kollektivunfall- versicherung (KU)

für nicht UVG/UVersG-unterstellte Personen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2023-04

Das Wichtigste im Überblick

Die nachstehende Kundeninformation gibt Ihnen einen Überblick über unsere Identität als Versicherer und dem wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags. Der Versicherungsvertrag besteht aus der Offerte/dem Antrag, allfälligen Gesundheitsdeklarationen, der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB).

Bitte beachten Sie, dass die versicherten Risiken individuell vereinbart werden, massgebend für allfällige Leistungsansprüche ist Ihr eigener Versicherungsvertrag. Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag sowie den anwendbaren gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem VVG beziehungsweise für Versicherungsnehmer mit Sitz in Liechtenstein dem VersVG.

Wer ist der Versicherungsträger?

Versicherungsträger ist Elips Life AG, Vaduz in Liechtenstein, Zweigniederlassung Schweiz in Zürich, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich (nachfolgend «elipsLife» genannt).

Wer ist der Versicherungsnehmer?

Versicherungsnehmer ist die natürliche oder juristische Person, welche die Offerte/den Antrag bzw. die Versicherungspolice abschliesst und als Vertragspartner auftritt.

Wer ist versichert?

Versichert sind die im Versicherungsvertrag erwähnten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz oder in Liechtenstein, welche für ihre Tätigkeit beim Versicherungsnehmer nicht der obligatorischen Unfallversicherung unterstehen.

Nicht versichert ist das dem Versicherungsnehmer von Drittunternehmen ausgeliehene Personal sowie Personen, welche für Drittunternehmen einer vom Versicherungsnehmer bezahlten Tätigkeit oder hoheitlichen Aufgabe nachgehen (wie z.B. Handwerker, Lieferanten, Polizei, Feuerwehr etc.). Ausgeschlossen ist zudem das UVG-/UVersG-unterstellte Personal des Versicherungsnehmers.

Was ist versichert?

Versichert sind wirtschaftliche Folgen von Unfällen und weiteren Körperschädigungen (sogenannte Listendiagnosen), die sich während der Vertragsdauer dieser Kollektivunfallversicherung ereignen. Berufskrankheiten sind nicht versichert.

Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt. Die versicherten Risiken werden individuell vereinbart, massgebend für allfällige Leistungsansprüche ist Ihr eigener Versicherungsvertrag.

Bei den Heilungskosten erstreckt sich die Leistungspflicht von elipsLife auf den tatsächlich entstandenen Schaden unter Anrechnung von Leistungen Dritter. Es handelt sich um eine Schaden- und nicht um eine Summenversicherung. Bei Zahlungen im Invaliditäts- oder Todesfall sowie bei Taggeldern und Spitaltaggeldern werden Leistungen von Dritten nicht angerechnet. Für diese Leistungen handelt es sich um eine Summenversicherung.

Welche Leistungen erbringt elipsLife?

Die folgenden Informationen betreffen den zur Auswahl stehenden Versicherungsschutz. Eine abschliessende allgemeine Beschreibung des Versicherungsschutzes und seiner Einschränkungen kann den Versicherungsbedingungen entnommen werden. Angaben zum vom Versicherungsnehmer zusammengestellten Versicherungsschutz und individuelle Angaben, wie z. B. die vereinbarte Versicherungssumme, sind im Versicherungsvertrag zu finden. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf nachstehende Punkte:

Optionale Deckungsbausteine:

- Heilungskosten (Heilbehandlung, Sachschäden, Reise-, Transport und Rettungskosten, Leichentransporte, Hilfsmittel, Unterhaltungskostenanteil während eines Heilanstaltaufenthalts)
- Spitaltaggeld
- Taggelder bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 %
- Invaliditäts- sowie Todesfallkapitalien

Wiederkehrende Leistungen werden wie folgt entschädigt:

- Heilungskosten Längstens bis 5 Jahre nach dem Unfalltag (ohne betragsmässige Begrenzung während Vertragslaufzeit)
- Spitaltaggeld Während der Dauer des Klinikaufenthalts, längstens bis 730 Tage innert 5 Jahren ab Unfalltag
- Taggelder Während einer nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit, längstens bis 730 Tage innert 5 Jahren ab Unfalltag

Jeglicher Anspruch erlischt mit dem Tod der versicherten oder bezugsberechtigten Person.

Wird der Versicherungsvertrag aufgehoben und ist die Behandlung eines bereits eingetretenen Unfalls noch nicht abgeschlossen, trägt elipsLife die Heilungskosten für diesen Unfall längstens bis fünf Jahre nach dem Unfalltag (maximal bis CHF 25'000).

Welche Leistungen sind unter anderem nicht versichert?

Nicht versichert sind

- Selbstverschuldete Unfälle und deren Folgen
- Bei Versicherungsbeginn bestehende Arbeitsunfähigkeiten, Unfälle und Unfallfolgen
- Berufskrankheiten und deren Folgen
- Nichtberufsunfälle, wenn nicht explizit aufgeführt
- Taggelder bei Rückfällen oder Spätfolgen

Nachstehend finden Sie die gebräuchlichsten Leistungsausschlüsse, bei denen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- Folgen von kriegerischen Ereignissen, Unruhen, strafbaren Handlungen sowie Schlägereien bei Beteiligung der versicherten Person
- Folgen von Erdbeben in der Schweiz und Liechtenstein.
- Folgen eines Blutalkoholgehalts von $\geq 1,8\%$.
- Folgen von besonders grossen Gefahren, sogenannten Wagnissen
- Folgen von Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.

Die komplette Aufzählung der Leistungsausschlüsse finden Sie unter Art. 4.1. AVB.

Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie fällig?

Die Höhe der Prämie hängt vom versicherten Risiko und den versicherten Deckungen ab. Die Prämie ergibt sich aus der Zahl der versicherten Personen und der im Versicherungsvertrag ausgewiesenen Prämie pro Kopf.

Die Prämie ist im Voraus durch den Versicherungsnehmer geschuldet, die Fälligkeit wird in der Prämienrechnung vermerkt. Die Prämie für die versicherten Personen wird jährlich provisorisch festgesetzt. Die definitive Prämienabrechnung erfolgt nach Ablauf des Versicherungsjahres anhand der deklarierten Personenzahl.

Geraten Sie als Versicherungsnehmer mit den Prämienzahlungen in Verzug, tritt nach Ablauf der Mahnfrist der Deckungsunterbruch ein. Wir empfehlen Ihnen, bei finanziellen Engpässen rechtzeitig mit uns in Kontakt zu treten.

Welches sind die wichtigsten Pflichten des Versicherungsnehmers?

- Pünktliche Begleichung der Prämien
- Meldung der effektiven Personenzahl zur Berechnung der definitiven Prämienabrechnung
- Fristgerechte Anmeldung der Leistungsfälle
- Anzeige der Änderung von vertragsrelevanten Faktoren (Gefahrserhöhung)
- Die komplette Aufzählung der Obliegenheiten finden Sie unter Art. 8 AVB.

Wann beginnt und endet der Vertrag?

Der Beginn ist das im Versicherungsvertrag vereinbarte Datum. Unabhängig von der vereinbarten Vertragsdauer dürfen Sie den Versicherungsvertrag spätestens nach drei Jahren kündigen. Nach Ablauf der Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag stillschweigend um ein Jahr, sofern Sie diesen nicht einen Monat vor Ende des Kalenderjahres kündigen.

Der Versicherungsvertrag erlischt automatisch und mit sofortiger Wirkung bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder mit der Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland.

Prämienanpassungen durch elipsLife werden Ihnen mit einer Vorlaufzeit von mindestens 30 Tagen mitgeteilt.

Sie haben unter diesen Umständen das Recht, den Versicherungsvertrag per Ende des laufenden Kalenderjahrs zu kündigen.

Wie behandelt elipsLife Ihre Daten?

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt elipsLife personenbezogene Daten vom Versicherungsnehmer und von den versicherten Personen. Eine Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie entsprechende Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht werden von den versicherten Personen im Einzelfall eingeholt.

elipsLife 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.

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können Auskunft über die über sie gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Berichtigung ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Diese Rechte können unter der nachfolgenden Adresse geltend gemacht werden: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich oder compliance@elipsLife.com.

Können Sie Ihren Antrag zum Abschluss widerrufen?

Nein. In den betrieblichen Personenversicherungen haben Sie kein Recht auf Widerruf.

Wann müssen Sie uns einen Leistungsfall anmelden?

Führt ein Ereignis voraussichtlich zu Versicherungsleistungen, ist dies unverzüglich zu melden. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist eine ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der allfälligen Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

Geltungsdauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt sobald die versicherte Person ihre Tätigkeit für den Versicherungsnehmer aufnimmt und endet mit dem Tag, an dem die versicherte Person diese Tätigkeit aufgibt.

Für Leistungsfälle, die während eines Deckungsunterbruchs eintreten (wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung durch den Versicherungsnehmer erfolgt ist) ruht der Versicherungsschutz bis zur vollständigen Begleichung der überfälligen Prämie. Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Beschwerden

Ihr Vermittler sowie die elipsLife stellen eine fachgerechte Bearbeitung Ihrer Anliegen sicher. Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, können Sie Ihre Beschwerde an die folgende Stelle richten:

elipsLife
Compliance
Thurgauerstrasse 54
Postfach
8050 Zürich

Sind Sie mit unserer Antwort nicht zufrieden, können Sie sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz

Inhalt

Kollektivunfallversicherung (KU) für nicht
UVG/UVersG-unterstellte Personen

Allgemeine Versicherungsbedingungen
(AVB) für die Schweiz & Liechtenstein

1.	Grundlagen der Versicherung	6
1.1.	Versicherungsträger	6
1.2.	Grundlagen des Vertrages	6
1.3.	Gegenstand der Versicherung	6
1.4.	Versicherte Risiken	6
1.5.	Versicherte Personen	6
1.6.	Örtlicher Geltungsbereich	6
1.7.	Zeitlicher Geltungsbereich	6
1.8.	Männliche und weibliche Form	6
2.	Versicherungsleistungen	7
2.1.	Heilungskosten	7
2.2.	Spitaltaggeld	8
2.3.	Taggeld	8
2.4.	Invaliditätsfall	8
2.5.	Todesfall	10
3.	Bemessungsgrundlagen	10
3.1.	Kopfsystem	10
4.	Einschränkungen des Deckungsumfanges	11
4.1.	Ausschlüsse	11
4.2.	Kürzungen	11
4.3.	Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten	12
5.	Beginn & Ende des Versicherungsschutzes	12
5.1.	Beginn des Versicherungsschutzes	12
5.2.	Ende des Versicherungsschutzes	12
6.	Beginn, Dauer & Ende des Versicherungsvertrages	12
6.1.	Vertragsbeginn	12
6.2.	Vertragsdauer	12
6.3.	Vertragsaufhebung	13
7.	Prämien	13
7.1.	Prämienberechnung nach Kopfsystem	13
7.2.	Vorausprämie	13
7.3.	Prämienabrechnung und Einsichtnahme	13
7.4.	Prämienzahlung und Fälligkeit	13
7.5.	Zahlungsverzug	14
7.6.	Prämienanpassungen	14
8.	Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall	14
8.1.	Pflichten im Schadenfall	14
8.2.	Schadenminderung	14
8.3.	Auskunftspflicht	15
8.4.	Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen	15
8.5.	Rückgriffsrecht	15
9.	Kundendaten und Datenschutz	16
10.	Schlussbestimmungen	17
10.1.	Verrechnung	17
10.2.	Abtretung und Verpfändung	17
10.3.	Mitteilungen	17
10.4.	Gerichtsstand	17
10.5.	Informationspflicht des Versicherungsnehmers	17
10.6.	Meldepflicht des Versicherungsnehmers	17
11.	Glossar	18
11.1.	Verwendete Abkürzungen	18

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist Elips Life AG, Vaduz in Liechtenstein, Zweigniederlassung Schweiz in Zürich, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich (nachfolgend «elipsLife» genannt).

1.2. Grundlagen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag besteht aus der Offerte resp. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen, der Versicherungspolice, den in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB) sowie den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Soweit im Versicherungsvertrag eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Versicherungsvertragsgesetz (VVG bzw. VersVG für Versicherungsnehmer mit Sitz in Liechtenstein).

Zur besseren Lesbarkeit werden im Text das schweizerische Bundesgesetz über die Unfallversicherung und die dazugehörige Verordnung UVG bzw. UVV genannt. Für Versicherungsnehmer mit Sitz in Liechtenstein gelten die entsprechenden liechtensteinischen Gesetze und Verordnungen (UVerSG, UVerSV). Soweit in den Versicherungsbedingungen auf bestimmte Artikel aus dem UVG oder der UVV verwiesen wird, gelten für Versicherungsnehmer mit Sitz in Liechtenstein die entsprechenden Bestimmungen des UVerSG bzw. der UVerSV.

1.3. Gegenstand der Versicherung

elipsLife versichert die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen sowie weiteren Körperschädigungen im Rahmen der vereinbarten Leistungen gemäss Versicherungsvertrag.

1.4. Versicherte Risiken

Die Versicherung erstreckt sich auf Unfälle (Definition nach Art. 4 ATSG) sowie auf weitere Körperschädigungen gemäss der Auflistung in Art. 6 Abs. 2 UVG (sogenannten Listendiagnosen), sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Versichert sind die erwähnten Risiken, wenn sie während der Vertragsdauer dieser Versicherung eintreten bzw. verursacht werden. Berufskrankheiten sind nicht versichert.

1.4.1. Berufsunfälle

Als Berufsunfälle gelten Unfälle, die sich ereignen während einer Tätigkeit für oder im Auftrag des Versicherungsnehmers. Mitversichert sind auch die Arbeitspausen auf dem Betriebsareal des Versicherungsnehmers sowie Unfälle auf dem direkten Weg zu oder von der Arbeit.

1.4.2. Nichtberufsunfälle

Alle übrigen Unfälle gelten als Nichtberufsunfälle. Nichtberufsunfälle sind nur versichert, wenn sie im Versicherungsvertrag explizit aufgeführt sind.

1.5. Versicherte Personen

Versichert sind die im Versicherungsvertrag erwähnten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz oder Liechtenstein, die für ihre Tätigkeit beim Versicherungsnehmer nicht der obligatorischen Unfallversicherung (UVG/UVerSG) unterstehen.

Nicht versichert ist das dem Versicherungsnehmer von Drittunternehmen ausgeliehene Personal sowie Personen, welche für Drittunternehmen einer vom Versicherungsnehmer bezahlten oder hoheitlichen Tätigkeit nachgehen (wie z.B. Handwerker, Lieferanten, Polizei, Feuerwehr etc.). Ausgeschlossen ist zudem das UVG-/UVerSG-unterstellte Personal des Versicherungsnehmers.

1.6. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt.

1.7. Zeitlicher Geltungsbereich

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen während der in der Versicherungspolice festgelegten Vertragsdauer, längstens aber bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages resp. bis zur Erschöpfung der versicherten Leistungen gemäss dem vorliegenden Vertrag.

1.8. Männliche und weibliche Form

elipsLife bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der männlichen und weiblichen Schreibweise erfolgt aufgrund der besseren Lesbarkeit.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Heilungskosten

Sofern die Heilungskosten mitversichert sind, übernimmt elipsLife folgende gemäss der Unfallversicherung (UVG/ UVersG) oder der Krankenversicherung (KVG), die nicht gedeckten Kosten eines anerkannten Unfalls (Art. 2.1.1. bis 2.1.8 AVB).

2.1.1. Heilbehandlung

elipsLife übernimmt die notwendigen Auslagen für ärztliche bzw. ärztlich verordnete Heilbehandlungen in der Schweiz, in Liechtenstein und im Ausland, die durch einen Leistungserbringer nach Art. 10 UVG erbracht werden, sowie die Kosten für Aufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung von Spitälern und Reha-Kliniken in der Schweiz oder in Liechtenstein und im Ausland.

Bei Heilbehandlung im Ausland gilt: Ist die versicherte Person medizinisch betrachtet transportfähig, entscheidet elipsLife, ob die Kosten für die Heilbehandlung in der Schweiz, in Liechtenstein oder im Ausland übernommen werden.

2.1.2. Sachschäden

elipsLife übernimmt die Kosten für die durch einen Unfall verursachten Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Für Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur, wenn eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt. In Betracht fallen die Auslagen für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) der vorerwähnten Sachen.

2.1.3. Reise-, Transport- und Rettungskosten

elipsLife übernimmt die Kosten für:

- a) alle infolge des Unfalls notwendigen Rettungs- und Bergungsmassnahmen, wobei die für eine Suchaktion des Versicherten entstandenen Kosten auf den Betrag von CHF 20'000 beschränkt sind,
- b) alle infolge des Unfalls notwendigen Reisen und Transporte, mit Luftfahrzeugen jedoch nur, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen unumgänglich sind.

Allfällige durch den unfallbedingten Transport eingesparte Reisekosten bzw. Rückvergütungen infolge nicht benutzte Bahn-, Flug- und Schiffsbillette sind an die Leistungspflicht von elipsLife anzurechnen.

2.1.4. Leichentransporte

elipsLife übernimmt die notwendigen Kosten bis höchstens CHF 20'000 für die Überführung des tödlich Verunfallten an den Bestattungsort (inklusive Kosten für allfällige amtliche Grenzformalitäten). Die Vergütung erhält, wer sich über die Bezahlung dieser Kosten ausweist. Wird der Leichentransport durch einen Familienangehörigen des Verstorbenen begleitet, so übernimmt elipsLife die Reisekosten für eine Person (Bahn 1. Klasse, Flug Economy-Klasse).

2.1.5. Hilfsmittel

elipsLife übernimmt die Auslagen für die erstmalige Anschaffung von Prothesen, Brillen, Hörapparaten und orthopädischen Hilfsmitteln. Mitversichert sind auch deren Reparatur oder Ersatz (Neuwert), sofern sie anlässlich eines Unfalles, der eine versicherte Heilbehandlung zur Folge hat, beschädigt oder zerstört wurden. Nicht vergütet werden die Kosten für mechanische Fortbewegungsmittel sowie für Erstellung, Veränderung, Miete und Unterhalt von Immobilien. Die Auslagen für Hilfsmittel werden grundsätzlich nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW Kriterien) beurteilt.

2.1.6. Unterhaltskostenanteil während eines Heilanstaltaufenthalts

Der von der UVG-Versicherung vom Taggeld vorgenommene Unterhaltskostenabzug während eines Heilanstaltaufenthalts wird durch diese Versicherung vergütet.

2.1.7. Höhe und Dauer der Leistungen

elipsLife übernimmt die Heilungskosten für die Dauer von fünf Jahren vom Unfalltag an, ohne betragsmässige Begrenzung.

Erlischt der vorliegende Versicherungsvertrag und ist in diesem Zeitpunkt die Behandlung eines bereits eingetretenen Unfalls noch nicht abgeschlossen, entschädigt elipsLife die Heilungskosten für diesen Unfall über den Vertragsablauf hinaus, längstens jedoch während fünf Jahren seit dem Unfalltag und soweit und solange die Heilungskosten den Betrag von CHF 25'000 noch nicht überschritten haben.

2.1.8. Leistungen Dritter

Stehen der versicherten Person Leistungen der obligatorischen Kranken- oder Unfallversicherung zu oder hat ein haftpflichtiger Dritter solche erbracht, ergänzt elipsLife die Leistungen subsidiär bis zur Höhe der entstandenen Heilungskosten (Schadenversicherung).

Von Sozialversicherungen geltend gemachte Franchisen, Selbstbehalte oder Gebühren werden nicht vergütet.

2.2. Spitaltaggeld

Sofern ein Spitaltaggeld mitversichert ist, bezahlt elipsLife für die Dauer des ärztlich verordneten Spital oder Reha-Aufenthaltes in der Schweiz oder Liechtenstein das vereinbarte Spitaltaggeld, längstens jedoch für 730 Tage innerhalb von fünf Jahren vom Unfalltag an.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

2.3. Taggeld

2.3.1. Leistungsdauer

Sofern ein Taggeld mitversichert ist, bezahlt elipsLife das Taggeld pro Unfall für höchstens 730 Tage innert fünf Jahren seit dem Unfalltag, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt der Auszahlung einer allenfalls geschuldeten Invaliditätsleistung gemäss den Bestimmungen über den Invaliditätsfall (vgl. dazu Art. 2.4 AVB).

Die Taggeldleistung beginnt in jedem Fall erst nach Vollendung des 16. Altersjahres der verunfallten Person. Ab vorzeitiger oder ordentlicher Pensionierung der versicherten Person besteht kein Anspruch auf Taggelder. Diese Bestimmung gilt auch bei laufenden Leistungsfällen.

Bei der Ermittlung der Leistungsdauer werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet. Der Anspruch des Taggeldes erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit der Auszahlung einer Invaliditätskapitalleistung oder mit dem Tod der versicherten Person.

2.3.2. Anspruch und Wartezeit

Die Zahlung des Taggeldes beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Für den Unfalltag selbst und die vereinbarte Wartezeit wird keine Entschädigung geleistet. Die Wartezeit beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch am Tag nach dem Unfall. Bei der Ermittlung der Wartezeit werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gerechnet. Die Wartezeit wird an die maximale Leistungsdauer von 730 Tagen innerhalb von fünf Jahren angerechnet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit richtet sich die Höhe des Taggeldes nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit. Die Voraussetzung für Taggeld ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent. Rückfälle und Spätfolgen ergeben keinen Anspruch auf Leistungen.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

2.4. Invaliditätsfall

Der Anspruch auf Leistungen bei Invalidität wird frühestens in dem Zeitpunkt geprüft, in dem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Tritt als Folge des Unfalls eine voraussichtlich bleibende medizinisch theoretische Invalidität ein, so zahlt elipsLife sofern mitversichert das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und der gewählten Leistungsvariante bestimmt. Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

Die medizinisch theoretische Invalidität wird vom beratenden Arzt schematisch aufgrund der in Art. 2.4.1 AVB genannten Grundsätze bestimmt. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital (IV-Kapital) hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch. Der Anspruch auf IV-Kapital erlischt mit dem Tode der versicherten Person.

2.4.1. Ermittlung des medizinisch theoretischen Invaliditätsgrades

- a) Für die Bemessung des Invaliditätsgrades (IV-Grad) sind die Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, Anhang 3; UVersV, Anhang 4) und die Feinabstufungstabellen 1-22 der Suva massgebend. Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.
- b) Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100 Prozent betragen kann, in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt.
- c) Waren durch den Unfall betroffene Körperteile, Körperfunktionen oder psychische und geistige Funktionen durch Krankheit, Geburtsgebrechen oder andere Unfälle schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen. Werden die Unfallfolgen durch solche gleichzeitig aufgetretene unfallfremde Faktoren verschlimmert, so erfolgt eine anteilmässige Kürzung.
- d) Nach dieser Feststellung des Invaliditätsgrades eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, bleiben unbeachtlich.

2.4.2. Ermittlung des Invaliditätskapitals

Das Invaliditätskapital entspricht dem Produkt aus Invaliditätsgrad und der Versicherungssumme. Sieht der Vertrag eine Progression vor, so ergibt sich das Invaliditätskapital aus der Multiplikation des nachfolgend unter Variante A oder B aufgeführten Invaliditätsgrads mit der Versicherungssumme.

Die Leistung in Prozenten der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme wird demnach wie folgt erbracht:

IV-Grad	Variante A	Variante B	IV-Grad	Variante A	Variante B
25%	25%	25%	63%	114%	165%
26%	27%	28%	64%	117%	170%
27%	29%	31%	65%	120%	175%
28%	31%	34%	66%	123%	180%
29%	33%	37%	67%	126%	185%
30%	35%	40%	68%	129%	190%
31%	37%	43%	69%	132%	195%
32%	39%	46%	70%	135%	200%
33%	41%	49%	71%	138%	205%
34%	43%	52%	72%	141%	210%
35%	45%	53%	73%	144%	215%
36%	47%	58%	74%	147%	220%
37%	49%	61%	75%	150%	225%
38%	51%	64%	76%	153%	230%
39%	53%	67%	77%	156%	235%
40%	55%	70%	78%	159%	240%
41%	57%	73%	79%	162%	245%
42%	59%	76%	80%	165%	250%
43%	61%	79%	81%	168%	255%
44%	63%	82%	82%	171%	260%
45%	65%	85%	83%	174%	265%
46%	67%	88%	84%	177%	270%
47%	69%	91%	85%	180%	275%
48%	71%	94%	86%	183%	280%
49%	73%	97%	87%	186%	285%
50%	75%	100%	88%	189%	290%
51%	78%	105%	89%	192%	295%
52%	81%	110%	90%	195%	300%
53%	84%	115%	91%	198%	305%
54%	87%	120%	92%	201%	310%
55%	90%	125%	93%	204%	315%
56%	93%	130%	94%	207%	320%
57%	96%	135%	95%	210%	325%
58%	99%	140%	96%	213%	330%
59%	102%	145%	97%	216%	335%
60%	105%	150%	98%	219%	340%
61%	108%	155%	99%	222%	345%
62%	111%	160%	100%	225%	350%

Wurde keine Progression vereinbart, gilt als Invaliditätskapital der dem Invaliditätsgrad entsprechende prozentuale Anteil an der Versicherungssumme.

2.5. Todesfall

Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so bezahlt elipsLife sofern mitversichert die für den Todesfall versicherte Summe unter Abzug der allfällig für denselben Unfall bereits geleisteten Invaliditätsentschädigung. Ist der Verunfallte unter 16 oder über 65 Jahre alt, so beträgt die Todesfallsumme höchstens CHF 20'000.

Bezugsberechtigt sind die Personen in nachstehender Reihenfolge:

- a) der überlebende Ehegatte oder der eingetragene Partner, bei dessen Fehlen
- b) der nicht verheiratete oder eingetragene und nicht verwandte Lebenspartner (auch gleichgeschlechtlich), der mit dem Verstorbenen in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine eheähnliche Lebensgemeinschaft im gleichen Haushalt führte, bei dessen Fehlen
- c) die Kinder, bei deren Fehlen
- d) für dieses Kapital von der versicherten Person testamentarisch begünstigte, natürliche Person, bei deren Fehlen
- e) die Eltern, bei deren Fehlen
- f) die Geschwister.

Das Vorhandensein von Personen in einer Personengruppe schliesst Ansprüche sämtlicher nachfolgenden Personengruppen aus. Sind mehrere Personen innerhalb einer berechtigten Personengruppe vorhanden, sind alle Personen zu gleichen Teilen berechtigt.

Sind keine der Anspruchsberechtigten vorhanden, vergütet elipsLife nur die Bestattungskosten bis zum Höchstbetrag von zehn Prozent der Versicherungssumme für den Todesfall, im Maximum CHF 10'000. Anspruchsberechtigte Hinterlassene einer versicherten Person erhalten die Leistungen auch dann, wenn sie die Erbschaft ausschlagen. Die Leistungen fallen nicht in den Nachlass der verstorbenen Person.

Leistungen von anderen Versicherern und von haftpflichtigen Dritten werden nicht angerechnet (Summenversicherung).

3. Bemessungsgrundlagen

3.1. Kopfsystem

Die Versicherung wird nach Kopfsystem mit festen Summen und zu Prämien abgeschlossen, die aufgrund der Zahl der versicherten Personen berechnet wird. Die Zahl der Versicherten errechnet sich nach den versicherten Personen pro Jahr oder aus den Einsatztagen aller Personen pro Jahr (Versicherungstage) dividiert durch 250 Arbeitstage.

4. Einschränkungen des Deckungsumfanges

4.1. Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle und Unfallfolgen:

- a) die auf ein Selbstverschulden der versicherten Person zurückzuführen sind,
- b) die bei Eintritt eines versicherten Ereignisses bereits bestehen. Dies gilt auch für Arbeitsunfähigkeiten.
- c) die vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (gilt ebenso für Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 UVG). Berufskrankheiten sind in jedem Fall ausgeschlossen.
- d) die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen. Als Unruhen gelten jegliche Ausschreitungen (unabhängig des Motivs) mit oder ohne Gewalttätigkeiten, die die gewohnte öffentliche Ordnung stören (wie z.B. bei Krawallen oder Demonstrationen).

Diese Einschränkung gilt nicht für Ereignisse, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen stehen, denen die versicherte Person während ihres Aufenthalts ausserhalb der Schweiz oder Liechtenstein ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Vorbehalten bleibt die nachfolgende Bestimmung bei freiwilligem Aufenthalt in einem Krisengebiet.

- e) die sich in einer Region ereignen, in welche sich die versicherte Person trotz Vorliegen einer Reisewarnung des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) begeben hat bzw. welche die versicherte Person nicht innert 14 Tagen nach Erlass einer entsprechenden Warnung verlassen hat. (www.eda.admin.ch)
- f) infolge von Erdbeben in der Schweiz und in Liechtenstein,
- g) infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, die versicherte Person beweise, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter, aktiv oder durch Aufwiegelung, beteiligt war,
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden,
 - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert.
- h) infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder dem Versuch dazu,
- i) infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie, es sei denn die Strahlenbehandlung wurde ärztlich angeordnet.
- j) bei welchen der Versicherte einen Blutalkoholgehalt von 1,8 Gewichtspromillen oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall,
- k) als Folge von Wagnissen (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken),
- l) infolge von Selbsttötung, Selbstverstümmelung oder dem Versuch dazu. Es besteht jedoch Deckung, wenn die versicherte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalls war,
- m) infolge ärztlich nicht verordneter Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen, Methadon und chemischen Produkten
- n) bei Luftfahrten, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist.

4.2. Kürzungen

4.2.1. Grobfahrlässigkeit

elipsLife verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Unfalls die versicherten Leistungen der Kollektivunfallversicherung zu kürzen. Vorbehalten bleiben die Ausschlüsse gemäss Art. 4.1. AVB.

4.2.2. Mehrfachversicherung

Bestehen für die Heilungskosten mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so werden sie gesamthaft nur einmal vergütet, und zwar im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen.

4.2.3. Leistungen Dritter

Werden für die Heilungskosten von einem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Versicherer, der obligatorischen Unfall- oder Krankenversicherung, der Invalidenversicherung, der Militärversicherung oder einer anderen Versicherung erstattet oder direkt übernommen, so reduziert sich der Anspruch gegenüber elipsLife im entsprechenden Umfang.

4.2.4. Unfallfremde Faktoren

Die Leistungen für Heilungskosten, Spitaltaggeld und Taggeld werden nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines versicherten Unfalls ist.

Hingegen werden die Leistungen für Tod und Invalidität gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung durch unfallfremde Faktoren beeinflusst wurde. Die Kürzungen erfolgen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung.

4.2.5. Verletzung von Obliegenheiten im Schadenfall

Bei schuldhafter Verletzung der den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder den Anspruchsberechtigten betreffenden Obliegenheiten ist elipsLife befugt, die Versicherungsleistung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei Beachtung der Obliegenheit gemindert haben würde (vgl. dazu die Bestimmungen über die Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall, gemäss Art. 8.1 und 8.2 AVB).

4.3. Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

Hat eine zum Bezug von Todesfallleistungen berechnete Person den Tod des Versicherten in Verübung eines Verbrechens oder Vergehens absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser (selbstverschuldeter oder nicht selbstverschuldeter) Urteilsunfähigkeit herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme. Diese wird den anderen Bezugsberechtigten im Sinne der Bestimmung über den Todesfall, gemäss Art. 2.5 AVB, ausgerichtet.

5. Beginn & Ende des Versicherungsschutzes

5.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag an dem die versicherte Person ihre Tätigkeit für den Versicherungsnehmer aufnimmt. Frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn.

Nicht versichert sind Gesundheitsschädigungen von Unfällen und Unfallfolgen, die bei Beginn dieser Kollektivunfallversicherung resp. bei Eintritt des versicherten Ereignisses bereits bestehen.

5.2. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tag an dem die versicherte Person ihre Tätigkeit für den Versicherungsnehmer aufgibt. Spätestens jedoch mit Erlöschen des vorliegenden Versicherungsvertrages.

6. Beginn, Dauer & Ende des Versicherungsvertrages

6.1. Vertragsbeginn

Versicherungsbeginn ist das auf der Versicherungspolice vereinbarte Datum. Der Vertragsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich.

6.2. Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

6.3. Vertragsaufhebung

6.3.1. Kündigung per Ablauf

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragsparteien unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.

Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich. Wenn der Versicherungsvertrag für eine längere Dauer vereinbart wurde, kann er auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahres gekündigt werden.

6.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung:

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes des Versicherungsnehmers ins Ausland

6.3.3. Kündigungsverzicht im Schadenfall

elipsLife verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen.

Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

7. Prämien

7.1. Prämienberechnung nach Kopfsystem

Massgebend für die Berechnung der Prämien ist die Zahl der versicherten Personen pro Jahr und der im Versicherungsvertrag ausgewiesenen Prämie pro Kopf.

7.2. Vorausprämie

Zu Beginn des Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer zunächst die in der Versicherungspolice provisorisch festgesetzte Vorausprämie zu bezahlen. Dies entspricht der mutmasslich endgültigen Prämie möglichst genau. Ändern sich die Verhältnisse erheblich (bspw. bei Veränderung des Versicherungsbestandes von mehr als 20%), kann die Vorausprämie auf Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst werden.

7.3. Prämienabrechnung und Einsichtnahme

Nach Ablauf jedes einzelnen Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages wird die Prämienabrechnung aufgrund der definitiven Personenzahl vorgenommen. Zu diesem Zweck stellt elipsLife dem Versicherungsnehmer ein Formular mit der Aufforderung zu, ihr darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung mitzuteilen. Beläuft sich jedoch die Nach- oder Rückprämie auf einen Betrag von unter CHF 10, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

Sendet der Versicherungsnehmer die Erklärung zur Prämienabrechnung nicht innert 30 Tagen seit Empfang des Deklarationsformulars an elipsLife zurück, ist elipsLife berechtigt, die mutmasslich endgültige Prämie nach eigenem Ermessen festzusetzen.

elipsLife hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers durch Einsichtnahme in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, Belege, AHV-Abrechnungen) nachzuprüfen. Verweigert der Versicherungsnehmer die Zusammenarbeit bei der Ermittlung der definitiven Prämie, so kann elipsLife den Vertrag kündigen.

7.4. Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und bis zum Zeitpunkt der in der Prämienrechnung festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen. Eine sich aus der Prämienabrechnung ergebende Nachprämie ist innert 30 Tagen, nachdem elipsLife den Betrag vom Versicherungsnehmer eingefordert hat, zu bezahlen. Eine allfällige Rückprämie lässt elipsLife innerhalb derselben Frist seit Feststellung des definitiven Prämienbetrages dem Versicherungsnehmer zugehen.

7.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämie nicht termingerecht entrichtet, so erfolgt durch elipsLife eine schriftliche (oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht) Mahnung, die ausstehenden Prämien zuzüglich Mahnspesen in der Höhe von CHF 50 innert einer Frist von 14 Tagen (Schweiz) resp. 4 Wochen (Liechtenstein) zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam. Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen.

Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

7.6. Prämienanpassungen

elipsLife hat das Recht aufgrund der individuellen Schadenerfahrung oder Änderung des Tarifs die Prämie auf das folgende Kalenderjahr anzupassen. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

8.1. Pflichten im Schadenfall

Führt ein Ereignis voraussichtlich zu Versicherungsleistungen:

- a) hat die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer elipsLife dies mittels des zur Verfügung gestellten Formulars unverzüglich anzumelden. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist die ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei elipsLife einzureichen. Erfolgt die Anmeldung ohne ausreichende Begründung verspätet, gewährt elipsLife Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies elipsLife unverzüglich zu melden. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, ist die versicherte Person verpflichtet, alle vier Wochen eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Ein Todesfall ist innert fünf Tagen zu melden.
- b) ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten.
- c) hat sich die versicherte Person auf Verlangen von elipsLife Untersuchungen durch von elipsLife beauftragten Ärzten zu unterziehen. Die Kosten hierfür trägt elipsLife.
- d) ist die versicherte Person verpflichtet, einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.
- e) gewährt elipsLife auf Antrag bei Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Reha-Klinik eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen. In diesem Fall hat das Kostengutsprache gesuch vor Eintritt in das Spital oder die Reha-Klinik zu erfolgen.

8.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann. Die versicherte Person, welche in ihrem ursprünglichen Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten resp. sie hat sich bei der ALV anzumelden. elipsLife fordert die versicherte Person unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- resp. Berufswechsel vorzunehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von elipsLife die Anmeldung bei der IV, können die Taggeldleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

8.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person respektive der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch bei elipsLife geltend gemacht wird, elipsLife sämtliche Informationen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht, Leistungshöhe oder Leistungsdauer erforderlich sind, zur Verfügung.

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber elipsLife von der Schweigepflicht. Bei ausbleibender Entbindung von der Schweigepflicht können Leistungsansprüche verweigert werden, wenn dadurch die Leistungsbeurteilung nicht möglich ist. elipsLife kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen. Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer erteilen elipsLife unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind elipsLife Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen. elipsLife kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

8.4. Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag werden mit dem Ablauf von vier Wochen von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, in dem elipsLife Angaben, Unterlagen und ärztliche Zeugnisse erhalten hat, aus denen sie sich von der Richtigkeit und vom Umfang der Ansprüche überzeugen kann. Die Bezahlung der Heilungskosten erfolgt in der Regel an den Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Kuranstalten usw.), kann aber auch direkt an die versicherte Person entrichtet werden. Anspruchsberechtigt ist, mit Ausnahme der Todesfallsumme gemäss den Bestimmungen über den Todesfall (vgl. dazu Ziffer 2.6), die versicherte Person. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Auszahlung an die versicherte Person und an den Versicherungsnehmer, gemäss Art. 8.4.1 und 8.4.2 AVB.

Den Bestimmungen über die Auszahlung an die versicherte Person und an den Versicherungsnehmer liegen die entsprechenden Steuergesetze zugrunde.

8.4.1. Auszahlung an die versicherte Person

Werden der Quellensteuer unterliegende Taggeldleistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt, werden sie um den geschuldeten Steuerabzug an der Quelle gekürzt.

8.4.2. Auszahlung an den Versicherungsnehmer

Dem Versicherungsnehmer können der Quellensteuer unterliegende Taggeldleistungen ungekürzt überwiesen werden. Der Versicherungsnehmer haftet für sämtlichen Schaden, der elipsLife aus der mangelhaften Erfüllung dieser Verpflichtung erwachsen sollte, insbesondere für die rechtzeitige Ablieferung der Quellensteuer.

8.5. Rückgriffsrecht

Erbringt elipsLife anstelle eines haftpflichtigen Dritten Heilungskosten oder Taggeldleistungen, hat der Versicherte elipsLife seine Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht abzutreten.

9. Kundendaten und Datenschutz

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt elipsLife personenbezogene Daten vom Versicherungsnehmer und von den versicherten Personen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten sind grundsätzlich gesetzlich geregelt. Eine Einwilligung der versicherten Personen in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie entsprechende Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht werden von diesen versicherten Personen im Einzelfall eingeholt. elipsLife beachtet dabei stets sämtliche datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des schweizerischen und liechtensteinischen Datenschutzgesetzes (DSG). Die Daten betreffend diesen Vertrag werden insbesondere in der Schweiz und in Liechtenstein bearbeitet. Die Datenverarbeitung kann aber auch an anderen Standorten der Elips Life AG im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erfolgen. Auf der Website von elipsLife (www.elipsLife.com) ist unter «Downloads» eine Liste der Unternehmen der elipsLife-Gruppe abrufbar, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen.

Beispiele für eine solche Weitergabe an externe Dienstleister sind: Gutachter, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister im Assistance-Bereich. Sofern die betroffene Person geltend machen kann, dass aufgrund der persönlichen Situation ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse von elipsLife an der Übermittlung überwiegt, hat die betroffene Person ein Widerspruchsrecht. Für die Geltendmachung des Widerspruchsrechts reicht es in der Regel jedoch nicht aus, wenn die betroffene Person ohne Angabe von Gründen die Übermittlung ablehnt. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können Auskunft über die über sie gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Berichtigung ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung dieser Daten können dann bestehen, wenn sich deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweisen. Diese Rechte können unter der nachfolgenden Adresse geltend gemacht werden: elipsLife, Compliance, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich oder mit einer E-Mail an compliance@elipsLife.com.

Soweit elipsLife seitens des Versicherungsnehmers personenbezogene Daten Dritter, insbesondere von versicherten Personen, mitgeteilt werden, ist der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, diese Personen darüber entsprechend zu informieren. Dies gilt unabhängig davon, ob elipsLife selbst eine Informationspflicht oder die Pflicht zur Einholung spezifischer Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen trifft.

Personenbezogene Daten werden im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit zur Werbung für die Versicherungsprodukte von elipsLife und gegebenenfalls für Produkte von anderen Gruppengesellschaften und deren Kooperationspartnern sowie zur Markt- und Meinungsforschung von elipsLife verwendet. Dieser Verwendung können die betroffenen Personen jederzeit formlos widersprechen. Widersprüche können sie jederzeit an die oben genannte Adresse sowie an kontakt@elipsLife.com richten.

Daneben werden die Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu anderen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag stehen. Dies können beispielsweise folgende Aspekte sein:

- Prüfung und Optimierung von Verfahren elektronischer Datenverarbeitung;
- Zusammenstellung unternehmensinterner und rechtlich zulässiger unternehmensübergreifend verwendeter Daten;
- allgemeine Tarifikalkulationen sowie
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten.

Im Rahmen des Versicherungsvertrags kann es in einigen Fällen auch zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen. Dies können insbesondere Rückversicherer sein (zum Beispiel werden bei höheren Versicherungssummen Teile der durch diesen Versicherungsvertrag übernommenen Risiken an Rückversicherer weitergegeben; hier kann es dann notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende Angaben zum Risiko mitzuteilen). Sofern der Versicherungsnehmer im Rahmen dieses Versicherungsvertrags von einem Versicherungsvermittler betreut wird, teilen wir auch diesem die zur Betreuung notwendigen Daten mit. Daneben kann es erforderlich sein, bestimmte Angaben anderen Versicherern mitzuteilen – zum Beispiel im Rahmen eines Informationsaustauschs mit einem Vorversicherer oder einer Mitversicherung.

Bei der Prüfung eines Antrags oder Versicherungsfalls kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung oder weiteren Sachverhaltsaufklärung Anfragen an andere Versicherer zu richten oder entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Damit innerhalb der elipsLife-Gruppe einzelne Bereiche zentralisiert werden können und damit der Versicherungsnehmer gegebenenfalls auch von anderen Unternehmen der elipsLife-Gruppe gemäss der im ersten Abschnitt dieses Artikels genannten Liste umfassend und effektiv beraten werden kann, erklärt er sich mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag zudem damit einverstanden, dass elipsLife den betreffenden Unternehmen die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermittelt. Übermittelt werden dürfen folgende Angaben:

- Angaben zum Versicherungsnehmer (Firma, Anschrift und vergleichbare Daten);
- Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorte oder vergleichbare Daten).

In diesem Rahmen entbindet der Versicherungsnehmer elipsLife und deren Mitarbeiter mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag zugleich von ihrer Verschwiegenheitspflicht. Konkrete Gesundheitsdaten der versicherten Personen werden von elipsLife in diesem Zusammenhang nicht übermittelt.

Ferner willigt der Versicherungsnehmer mit seiner Unterschrift unter dem Versicherungsantrag darin ein, dass elipsLife vor Vertragsabschluss und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu seinem Zahlungsverhalten oder seiner Bonität einholen kann. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bonitätsabfragen bleiben im Rahmen der gesetzlichen Grundlage in jedem Fall zulässig.

10. Schlussbestimmungen

10.1. Verrechnung

elipsLife hat das Recht, fällige Versicherungsleistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer zu verrechnen. Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer sind nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen.

10.2. Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung von elipsLife weder abgetreten noch verpfändet werden.

10.3. Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich, zuzustellen. Alle Mitteilungen seitens elipsLife erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder in Liechtenstein.

10.4. Gerichtsstand

elipsLife anerkennt als Gerichtsstand Zürich oder den schweizerischen oder liechtensteinischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten.

10.5. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrags, dessen Änderungen und dessen Auflösung zu informieren.

10.6. Meldepflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet elipsLife umgehend Anpassungen betreffend Adresse, Geschäftstätigkeit oder andere vertragsrelevante Faktoren zu melden.

11. Glossar

11.1. Verwendete Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
BB	Besondere Bedingungen
DSG	Datenschutzgesetz
EOG	Erwerbsersatzgesetz
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
IV	Invalidität
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KU	Kollektivunfallversicherung
KVG	Gesetz über die Krankenversicherung
LI	Liechtenstein
OR	Obligationenrecht
UVersG	Unfallversicherungsgesetz (Liechtenstein)
UVersV	Unfallversicherungsverordnung (Liechtenstein)
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung
VersVG	Versicherungsvertragsgesetz (Liechtenstein)
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag