

Krankentaggeld- versicherung (KTG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2018-7

Inhalt

Krankentaggeldversicherung (KTG) Allgemeine Versicherungs- bedingungen (AVB) für die Schweiz

1.	Grundlagen der Versicherung	3
1.1.	Versicherungsträger	3
1.2.	Grundlagen des Vertrages	3
1.3.	Gegenstand der Versicherung	3
1.4.	Versicherungsnehmer	3
1.5.	Versicherte Personen	3
1.6.	Örtlicher Geltungsbereich	4
1.7.	Zeitlicher Geltungsbereich	4
1.8.	Männliche und weibliche Form	4
2.	Versicherungsleistungen	4
2.1.	Leistungsumfang	4
2.2.	Leistungsvoraussetzungen	5
2.3.	Versicherter Verdienst	5
2.4.	Maximaldeckung	5
2.5.	Leistungsdauer	6
2.6.	Rückerstattung	7
2.7.	Leistungsausrichtung	7
3.	Einschränkungen des Deckungsumfangs	7
3.1.	Leistungsausschlüsse	7
3.2.	Leistungseinschränkungen	7
3.3.	Grobfahrlässigkeit	8
3.4.	Minimale Leistungsdauer (nach Skala)	8
4.	Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes	8
4.1.	Beginn des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsdeklaration	8
4.2.	Einzelprüfung mit Gesundheitsdeklaration	8
4.3.	Ende des Versicherungsschutzes	9
4.4.	Versicherungsschutz nach der maximalen Leistungsdauer	9
4.5.	Übertritt in die Einzelversicherung	9
5.	Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages	10
5.1.	Beginn des Versicherungsvertrages	10
5.2.	Dauer des Versicherungsvertrages	10
5.3.	Beendigung des Versicherungsvertrages	10
6.	Prämien	11
6.1.	Prämienberechnung	11
6.2.	Prämienzahlung	11
6.3.	Prämienbefreiung im Schadenfall	12
6.4.	Prämienanpassungen	12
6.5.	Überschussbeteiligung	12
7.	Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall	13
7.1.	Pflichten im Schadenfall	13
7.2.	Schadenminderung	13
7.3.	Auskunftspflicht	13
7.4.	Verletzung der Mitwirkungspflichten	13
7.5.	Quellensteuer	13
8.	Leistungen Dritter	14
8.1.	Koordination	14
8.2.	Überentschädigung	14
9.	Kundendaten und Datenschutz	15
10.	Schlussbestimmungen	17
10.1.	Verrechnung	17
10.2.	Abtretung und Verpfändung	17
10.3.	Örtliche Geltung	17
10.4.	Mitteilungen	17
10.5.	Gerichtsstand	17
10.6.	Verjährung	17
10.7.	Meldepflicht des Versicherungsnehmers	17
10.8.	Informationspflicht des Versicherungsnehmers	17
11.	Glossar	18
11.1.	Verwendete Abkürzungen	18

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Elips Versicherungen AG, Triesen LI, 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).

1.3. Gegenstand der Versicherung

Die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen ist eine Risikoversicherung und deckt den Lohnausfall, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit entsteht. Die Deckung des Lohnausfalls infolge eines Unfalls für Selbständigerwerbende ohne freiwillige Unfallversicherung, eine Geburtengelddeckung in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss EO und der Lohnnachgenuss im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR können zusätzlich versichert werden. Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.4. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist das in der Versicherungspolice mit seinen zugehörigen Unternehmensteilen beschriebene Unternehmen bzw. die natürliche Person, die den Vertrag abschliesst.

1.5. Versicherte Personen

1.5.1. Arbeitnehmer

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten natürlichen Personen oder Personengruppen, welche:

- a) zum Versicherungsnehmer in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und
- b) der AHV unterstellt sind.

Dazu zählen:

- a) Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers inkl. mitarbeitender Familienmitglieder, die AHV-Beiträge entrichten und Personen, die in einer besonderen Vereinbarung erfasst sind,
- b) sofern namentlich erwähnt, Selbständigerwerbende im Sinne der AHV sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten,
- c) Lernende, die der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) unterstehen.

Personen, die nach Erreichen des AHV-Alters weiterarbeiten, gehören bis zur Vollendung des 70. Altersjahrs zum versicherten Personenkreis, sofern sie bei Eintritt ins AHV-Alter bereits beim Versicherungsnehmer beschäftigt sowie voll arbeitsfähig waren. Personen mit Grenzgängerbewilligung (G) sind unter den gleichen Voraussetzungen versichert.

1.5.2. Versicherung aufgrund besonderer Vereinbarung

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind:

- a) kurzfristige Aushilfen (d.h. Aushilfen mit einem auf bis zu drei Monate befristeten Aushilfsvertrag),
- b) Heimarbeitnehmer im Sinne von Art. 351 OR,
- c) die dem schweizerischen Sozialversicherungsgesetz unterstellten Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Personen mit Grenzgängerbewilligung (G), Kurzaufenthalter noch Entsandte sind.

1.5.3. Personen mit fester Jahreslohnsumme

Selbständigerwerbende im Sinne der AHV sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten, sind nur versichert, sofern sie namentlich und mit fester Lohnsumme in der Versicherungspolice aufgeführt sind.

Geschäftsführer, welche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmer gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern. Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.5.4. Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- a) das dem Versicherungsnehmer von Drittunternehmen ausgeliehene Personal,
- b) Personen, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind.

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. Vorbehalten sind die Bestimmungen über die Nachleistung.

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. Leistungsumfang

2.1.1. Allgemein

Die versicherten Leistungen werden zwischen dem Versicherungsnehmer und elipsLife vereinbart und bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Vertragsbedingungen.

2.1.2. Taggeld

Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

2.1.3. Lohnfortzahlung

Bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Rückfällen oder Spätfolgen aus früheren Unfällen, die nicht versichert waren oder für die aus der damaligen Versicherung keine Leistungspflicht mehr besteht, leistet elipsLife analog den versicherten Leistungen und Leistungsdauer aus der Krankentaggeldversicherung. Die vertraglich vereinbarte Wartefrist der Krankentaggeldversicherung wird an die Leistungsdauer angerechnet.

2.1.4. Lohnnachgenuss

Stirbt eine versicherte Person infolge einer versicherten Krankheit, so übernimmt der Versicherer die vom Versicherungsnehmer geschuldete gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht im Sinne von Art. 338 Abs. 2 OR, sofern mitversichert. In Ergänzung zu Art. 338 Abs. 2 OR findet diese Regelung auch für Selbständigerwerbende Anwendung.

Eine vom Versicherungsnehmer allenfalls eingegangene Verpflichtung, den Lohn, in Erweiterung der gesetzlichen Regelung, für eine längere Zeit weiterhin zu gewähren, wird nicht berücksichtigt.

2.1.5. Geburtengeld

Das Geburtengeld ergänzt die Mutterschaftsentschädigung nach EOG. Es wird nicht ausgerichtet, wenn das Anstellungsverhältnis der versicherten Person vor der Geburt endet. Während des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG oder auf Geburtengeld ruht die Leistungspflicht bei Krankheit resp. Unfall.

2.1.6. Familienzulagen

Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskassen sind als Bestandteil des versicherten Einkommens prämienvfrei mitversichert. Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist, frühestens ab dem 5. Kalendermonat.

2.2. Leistungsvoraussetzungen

2.2.1. Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gesundheitsstörungen infolge von Schwangerschaft oder Geburt gelten als Krankheit.

2.2.2. Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2.3. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent besteht.

Taggelleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Die Rückdatierung der Bescheinigung ist maximal bis zu drei Tagen möglich.

2.2.4. Tod

Der Tod muss amtlich bescheinigt sein und durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sein.

2.2.5. Mutterschaft

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG.

2.3. Versicherter Verdienst

2.3.1. Allgemein

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Verdienstes. Das ermittelte Taggeld wird pro Kalendertag ausgerichtet. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung).

2.3.2. AHV-Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für das Taggeld ist der letzte vor dem Versicherungsfall bei dem Versicherungsnehmer bezogene AHV-pflichtige Lohn einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf welche ein Rechtsanspruch besteht. Ein Verdienst aus anderweitiger Tätigkeit wird nicht berücksichtigt.

Unterliegt der Verdienst starken Schwankungen (z.B. Provisionen, Umsatzbeteiligungen, unregelmässige Aushilfstätigkeit usw.), wird für die Berechnung des Taggeldes der in den letzten zwölf Monaten vor Arbeitsunfähigkeit erzielte Lohn durch 365 geteilt. Beträgt die Zeitperiode vor Arbeitsunfähigkeit weniger als zwölf Monate, erfolgt die Berechnung des Taggeldes analog.

Lohnerhöhungen und Lohnreduktionen infolge einer Änderung des Beschäftigungsgrades oder genereller Lohnanpassungen (z.B. durch Gesamtarbeitsverträge) werden berücksichtigt, wenn diese vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits schriftlich vereinbart worden sind. Für die Todesfalldeckung gilt die versicherte Summe als Bemessungsgrundlage.

2.3.3. Feste Lohnsumme

Bemessungsgrundlage für die in der Versicherungspolice namentlich aufgeführten Personen ist die im Voraus vereinbarte feste Lohnsumme (bestehend aus AHV-Lohn und Gewinnungskosten, d.h. die Kosten im Zusammenhang mit der Erzielung von Einkünften).

Für eine Erhöhung der vereinbarten festen Lohnsumme ist jeweils eine erneute medizinische sowie wirtschaftliche Prüfung erforderlich. Eine allfällige Ablehnung des Antrags durch elipsLife erfolgt nur auf der beantragten Versicherungserhöhung.

2.4. Maximaldeckung

Die Höhe des maximal versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr wird im Vertrag festgelegt und ist in der Regel auf CHF 250'000 begrenzt.

2.5. Leistungsdauer

2.5.1. Grundsatz

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen während der in der Versicherungspolice festgelegten Leistungsdauer, höchstens aber bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages. Vorbehalten sind die Bestimmungen über die Nachleistung. Die Leistungsdauer bemisst sich je Versicherungsfall. Tritt während eines laufenden Versicherungsfalles ein zusätzlicher Schadenfall ein, werden die bereits bezogenen Taggelder des ersten Falls an die Leistungsdauer des zweiten Falls angerechnet.

2.5.2. Wartefrist

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall berechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

2.5.3. Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalls. Die bereits verrechnete Wartefrist wird bei einem anerkannten Rückfall nicht erneut in Abzug gebracht.

2.5.4. Nachleistung

Für Personen, die im Zeitpunkt der Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses oder im Zeitpunkt der Auflösung des Versicherungsvertrags infolge eines Konkurses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, und wenn ein Leistungsfall vorliegt, besteht eine befristete Nachleistung.

Der Leistungsanspruch gilt bis zum Ende dieses Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Kein Anspruch auf Nachleistung besteht:

- a) wenn ein anderer Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterausrichtung der Taggelderleistungen gewährleisten muss,
- b) bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit,
- c) bei Beendigung eines befristeten Anstellungsverhältnisses, mit Ausnahme der Lehrverträge,
- d) bei Pensionierung, auch wenn diese vorzeitig erfolgt,
- e) bei Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland (gilt nicht für Personen mit Grenzgänerbewilligung (G)).

Entfällt die Nachleistung, gelten die Bestimmungen über den Übertritt in die Einzelversicherung.

2.5.5. Leistungsdauer bei Geburt

Besteht ein Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach EOG, wird das versicherte Taggeld unter Abzug der Mutterschaftsentschädigung während maximal 112 Tagen ab Geburt ausgerichtet. Der Anspruch auf das Geburtengeld endet in jedem Fall, wenn die versicherte Person die Beschäftigung vor dem Ende der Bezugsdauer wieder aufnimmt.

Das Geburtengeld wird ohne Anrechnung einer Wartefrist ausgerichtet, und es erfolgt keine Anrechnung an die vereinbarte maximale Leistungsdauer bei Krankheit und Unfall.

2.5.6. Leistungsdauer im AHV-Alter

Für versicherte Personen, die bei Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters oder nach einer vorzeitigen Pensionierung weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld, bis die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abgegolten ist, maximal jedoch noch insgesamt für 180 Tage ab ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung und längstens bis zum vollendeten 70. Lebensjahr. Die Wartefrist wird an die Leistungsdauer angerechnet. Die gemäss dieser Bestimmung verkürzte Leistungsdauer findet auch auf alle im Zeitpunkt der Weiterbeschäftigung nach der Pensionierung bereits laufenden Versicherungsfälle Anwendung.

2.5.7. Anrechnung bei Vertragsübernahme

Bereits bezogene Leistungen bei früheren Versicherungsträgern werden im Falle einer Vertragsübernahme bzw. bei einer Vertragserneuerung auf die Leistungsdauer angerechnet.

2.5.8. Leistung im Todesfall

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen, wenn der Tod amtlich bescheinigt ist. Vorbehalten sind die Bestimmungen über den Leistungsausschluss nach Art. 3.1. der vorliegenden AVB.

2.6. Rückerstattung

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen sind elipsLife zurückzuerstatten.

2.7. Leistungsausrichtung

2.7.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld monatlich nachschüssig bezahlt. Die Taggeldleistungen werden dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die versicherten Personen ausgerichtet, solange diese beim Versicherungsnehmer angestellt sind.

2.7.2. Auszahlung des Lohnnachgenusses

Bei Eintritt eines Todesfalls wird der versicherte Lohnnachgenuss nach Eingang der amtlichen Bescheinigung dem Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die Angehörigen der verstorbenen Person ausbezahlt.

3. Einschränkungen des Deckungsumfangs

3.1. Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) wenn die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen von elipsLife nicht anerkannten Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde,
- c) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- d) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- e) wenn trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung seitens des Versicherungsnehmers erfolgt ist,
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, vorbehalten Nachleistung,
- g) während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes oder bei Freiheitsentzug infolge eines Straf- und Massnahmenvollzugs,
- h) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
- i) wenn ein Unfall absichtlich herbeigeführt wurde,
- j) bei Gesundheitsschädigung infolge ionisierender Strahlen,
- k) wenn eine versicherte Person, die Leistungen von elipsLife bezieht, die Schweiz vorübergehend verlässt, ohne mindestens 4 Wochen vorher die Zustimmung von elipsLife einzuholen, bis zur Rückkehr in die Schweiz. Es ist eine Ferienfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes einzureichen. elipsLife behält sich das Recht vor, zusätzlich eine Empfehlung des beratenden Arztes einzuholen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgänger bei Aufenthalt im Wohnsitzland des Grenzgängers.
- l) während eines Auslandsaufenthaltes; für die Dauer eines Spitalaufenthaltes im Ausland werden die vollen versicherten Leistungen ausgerichtet,
- m) für alle in der Police namentlich aufgeführten versicherten Personen gilt bei Mutterschaft eine Karenzfrist von 270 Tagen nach Abschluss des Vertrags. Diese Frist gilt auch bei Krankheit aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden und für Ansprüche auf Geburtengeld.
- n) als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig wurden.

3.2. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) wenn die Folgen eines absichtlich herbeigeführten Unfalls nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen von elipsLife oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- c) wenn bei der Gesundheitsdeklaration oder der wirtschaftlichen Prüfung eine erhebliche Gefahrstatsache, die man kannte oder hätte kennen müssen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen wurde,
- d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden; minimale Leistungen (Leistungsdauer nach Art. 3.4. der vorliegenden AVB) werden jedoch in jedem Fall ausgerichtet.

3.3. Grobfahrlässigkeit

elipsLife verzichtet auf ihr Recht, Versicherungsleistungen bei Leistungsfällen infolge grobfahrlässiger Herbeiführung einer Krankheit zu kürzen.

3.4. Minimale Leistungsdauer (nach Skala)

Minimale Leistungen werden ausgerichtet:

- a) für versicherte Temporärkräfte (nicht aber Lernende) mit Arbeitsvertrag ab 3 Monaten,
- b) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt,
- c) für Folgen von Erdbeben und Naturkatastrophen,
- d) für epi- oder pandemische Erkrankungen.

Die Leistungsdauer richtet sich entsprechend der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses im versicherten Unternehmen gemäss der folgenden Skala:

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Leistungsdauer
3 bis 12 Monate	3 Wochen
bis 3 Jahre	9 Wochen
bis 9 Jahre	13 Wochen
bis 15 Jahre	17 Wochen
bis 20 Jahre	22 Wochen
bis 25 Jahre	27 Wochen
bis 30 Jahre	31 Wochen
über 30 Jahre	36 Wochen

Die Leistungshöhe richtet sich nach den versicherten Leistungen gemäss dem Krankentaggeldvertrag.

Kehren Kurzaufenthalter jedes Jahr in das versicherte Unternehmen zurück, wird die Anstellungsdauer aufgrund der im Unternehmen gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate berechnet.

4. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

4.1. Beginn des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsdeklaration

Der Versicherungsschutz für Arbeitnehmer beginnt am Tag der im Arbeitsvertrag als Beginndatum der Arbeitsverhältnisses aufgeführt ist, frühestens jedoch an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungsbeginn.

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt vorbehaltlos und ohne Gesundheitsdeklaration. Versichert sind auch vorbestehende Gesundheitsschäden. Personen, die im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bzw. am Tag der Arbeitsaufnahme nicht voll arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind.

4.2. Einzelprüfung mit Gesundheitsdeklaration

Selbständigerwerbende sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder ohne AHV-Lohn sowie Kleinbetriebe mit bis und mit fünf Mitarbeitern müssen die Aufnahme in die Versicherung bei Vertragsbeginn je einzeln beantragen. elipsLife führt eine Prüfung der versicherten Lohnsumme und eine Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz beginnt erst, nachdem elipsLife die Aufnahme schriftlich bestätigt hat.

4.3. Ende des Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz:

- a) mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
- b) mit dem Zeitpunkt der Pensionierung, inkl. vorzeitiger Pensionierung,
- c) bei Weiterbeschäftigung im AHV-Alter mit Vollendung des 70. Altersjahres,
- d) bei freiwilligem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch, mit Ausnahme von Arbeitsunterbrüchen infolge von Krankheit, Unfall, Mutterschaft oder Dienstleistungen in der Schweizer Armee oder im Zivildienst. Während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs bleibt die Versicherung bis zu 210 Tagen bestehen, solange das Arbeitsverhältnis weiter besteht. Während der vorgesehenen Dauer des unbezahlten Urlaubs besteht kein Anspruch auf Leistungen, und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, werden die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur geplanten Wiederaufnahme der Arbeit an die Wartezeit und Leistungsdauer angerechnet. Es gelten die Mitwirkungspflichten im Schadenfall gemäss diesen AVB. Diese Regelung gilt sinngemäss auch bei Arbeitsunterbrüchen infolge eines Straf- oder Massnahmenvollzugs.
- e) mit dem Tod der versicherten Person,
- f) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages,
- g) während des Ruhens der Leistungspflicht infolge eines Zahlungsverzuges vonseiten des Versicherungsnehmers.

Im Sinne von Art. 10 AVIG gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.4. Versicherungsschutz nach der maximalen Leistungsdauer

Ist eine Person nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer weiterhin angestellt und tritt ein neuer Krankheitsfall ein, so besteht ein Versicherungsschutz im Umfang der durch die neue Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsschutz besteht maximal auf der Restarbeitsfähigkeit. Teilinvalide Personen sind im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit und des Beschäftigungsgrades versichert.

4.5. Übertritt in die Einzelversicherung

4.5.1. Übertrittsrecht

Jede in der Schweiz wohnhafte versicherte Person kann ohne Gesundheitsprüfung in die Einzelversicherung übertreten:

- a) mit Ausscheiden aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung,
- b) mit Ende des Leistungsbezuges oder
- c) mit Ende des Versicherungsvertrages.

Das Übertrittsrecht ist innert dreier Monate nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis schriftlich geltend zu machen. Die Einzelversicherung beginnt einen Tag nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis, nach dem Ende des Leistungsbezuges bzw. nach dem Ende des Versicherungsvertrages. Gültig sind die im Zeitpunkt des Übertrittes geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung. Die Bestimmungen zur Nachleistung bleiben vorbehalten.

4.5.2. Informationspflicht des Arbeitgebers

Der Versicherungsnehmer hat die versicherte Person im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses über das Übertrittsrecht und die Übertrittsfrist zu informieren.

4.5.3. Umfang der Weiterversicherung

elipsLife gewährt der übertretenden Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung die zum Zeitpunkt des Übertritts versicherten Leistungen. Die Wartezeit beträgt jedoch in jedem Fall mindestens 30 Tage.

Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich dabei auf den nach dem Übertritt erzielten Lohn bzw. die Leistung der ALV, im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 AVIG gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.5.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen,

- a) aus dieser Kollektivversicherung oder
- b) bei früheren Versicherungsträgern,

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

4.5.5. Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Krankentaggeldversicherung,
- b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Versicherungsvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
- c) solange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person ordentlich oder vorzeitig pensioniert wird,
- e) solange erst eine provisorische Deckungszusage erfolgt ist,
- f) nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer aus dieser Versicherung,
- g) für Selbständigerwerbende sowie deren im Betrieb mitarbeitende Familienmitglieder, die keine AHV-Beiträge entrichten,
- h) bei Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit,
- i) wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz hat,
- j) für Personen, deren Arbeitsverhältnis in der Probezeit endet oder weniger als drei Monate gedauert hat, sowie für Personen mit befristeter Anstellung, ausser sie gelten unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG,
- k) im Falle des versuchten oder vollendeten Versicherungsmisbrauchs oder einer Anzeigepflichtverletzung durch die versicherte Person.

Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 AVIG gelten die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

5. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

5.1. Beginn des Versicherungsvertrages

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

5.2. Dauer des Versicherungsvertrages

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.

5.3. Beendigung des Versicherungsvertrages

5.3.1. Kündigung

Der Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals auf das in der Versicherungspolice aufgeführte Ablaufdatum möglich.

5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung:

- a) mit Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
- b) mit Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland,
- c) mit Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

5.3.3. Auflösung durch elipsLife

elipsLife ist an den Vertrag nicht gebunden und kann ihn auflösen:

- a) bei Prämienrückständen gemäss den Bestimmungen über den Zahlungsverzug,
- b) wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihr eine erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person somit die Anzeigepflicht verletzt haben. Umfasst der Versicherungsvertrag mehrere Personen und wurde die Anzeigepflicht nur in Bezug auf einzelne Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für die übrigen Personen wirksam. Die Leistungspflicht von elipsLife erlischt für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht angezeigte Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat elipsLife Anspruch auf Rückerstattung.

5.3.4. Kündigungsverzicht im Schadenfall

elipsLife verzichtet ausdrücklich auf ihr gesetzliches Recht, im Schadenfall den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung auf Vertragsablauf bleibt vorbehalten.

6. Prämien

6.1. Prämienberechnung

Massgebend für die Berechnung der Prämie ist die im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Bruttolohnsumme, jedoch höchstens der in der Police vereinbarte maximal versicherbare Verdienst pro Person und Jahr. Bruttolöhne nicht AHV-pflichtiger Personen sind ebenfalls für die Prämienberechnung massgebend. Sofern für in der Versicherungspolice namentlich aufgeführte Personen im Voraus eine feste Lohnsumme vereinbart wurde, gilt diese als Berechnungsgrundlage. Der Versicherungsprämienatz der versicherten Lohnsumme ist für das jeweilige Produkt in der Versicherungspolice geregelt.

6.2. Prämienzahlung

6.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit

elipsLife erstellt vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich eine Akonto-Rechnung an den Versicherungsnehmer. Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer im Voraus geschuldet und bis zum Zeitpunkt der in der Versicherungspolice festgehaltenen Fälligkeit zu bezahlen. Die Höhe des Akonto-Rechnungsbetrages bemisst sich nach der definitiven Lohnsumme des letzten abgeschlossenen Kalenderjahres.

6.2.2. Schlussabrechnung

elipsLife stellt dem Versicherungsnehmer nach Ablauf des Kalenderjahres ein Deklarationsformular zu. Der Versicherungsnehmer hat die Lohnsummendeklaration mit den notwendigen Unterlagen (AHV-Deklaration, Versichertenlisten, Lohnabrechnungen usw.) innert Monatsfrist elipsLife zu retournieren. Gestützt auf diese Angaben, berechnet elipsLife die endgültigen Prämienbeträge und erstellt eine entsprechende Schlussabrechnung. Bei einem Saldo unter CHF 10 erfolgt keine Nachzahlung bzw. Rückerstattung. Kommt der Versicherungsnehmer der Meldepflicht über die Lohnsummendeklaration nicht nach oder liegen keine Zahlen zum Vorjahr vor, kann elipsLife die definitive Schlussabrechnung sowie die künftigen Akonto-Prämienbeträge durch Einschätzung festlegen.

6.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

elipsLife hat das Recht zur Einsichtnahme in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers.

6.2.4. Prämienrückerstattung

Ist die Prämie für eine bestimmte Vertragsdauer vorausbezahlt worden und erlischt der Versicherungsvertrag aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, erstattet elipsLife die Prämie, die auf die nicht abgelaufene Vertragsdauer fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Prämien nicht mehr ein. Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall kündigt und der Vertrag im Zeitpunkt der Beendigung weniger als ein Jahr in Kraft war.

6.2.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt durch elipsLife eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien zuzüglich Mahnspesen in der Höhe von CHF 50 innert einer Frist von 14 Tagen 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 und Verwaltungskosten.

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.

6.3. Prämienbefreiung im Schadenfall

Der Lohn eines Taggeldbezügers ist nicht prämienpflichtig. Bei der Meldung der Lohnsumme wird der Lohn des Taggeldbezügers von der Lohnsumme vorgängig abgezogen. Ausgenommen von dieser Regelung sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten versicherten Personen mit fester Lohnsumme.

6.4. Prämienanpassungen

elipsLife hat das Recht, aufgrund der Schadenerfahrung 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.

6.5. Überschussbeteiligung

Ist eine Beteiligung an einem allfälligen Überschuss vereinbart, entsteht der Anspruch jeweils am Ende jenes Jahres, in welchem eine 3-jährige Vertragsperiode (=Abrechnungsperiode) vollendet wird. Stillschweigende Vertragsverlängerungen bilden gleichermassen Bestandteil einer Vertragsperiode. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt für bereits abgerechnete Vertragsperioden sowie in Fällen, in denen der Versicherungsvertrag vor Vollendung einer Abrechnungsperiode aufgelöst wird. Wird die bestehende Versicherung aufgelöst und das versicherte Risiko im Rahmen einer neuen Versicherungspolice bei elipsLife fortgeführt, so reduziert sich die anspruchsbegründende Abrechnungsperiode entsprechend dem Zeitpunkt der Vertragsauflösung.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System sind in der Versicherungspolice erwähnt. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt respektive vollständig reserviert sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen.

Werden nach erfolgter Abrechnung leistungspflichtige Ereignisse nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. elipsLife kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern.

7. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

7.1. Pflichten im Schadenfall

Führt eine Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich zu Versicherungsleistungen:

- a) hat die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer elipsLife dies mittels des zur Verfügung gestellten Formulars innert fünf Tagen anzumelden. Bei einer Wartefrist von mehr als 21 Tagen hat die Anmeldung spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. 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 4 Wochen eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 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.

Ein Todesfall einer versicherten Person ist elipsLife unverzüglich zu melden. Gleichzeitig mit der Schadenmeldung ist eine amtliche Bescheinigung des Todesfalls beizulegen.

7.2. 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.

7.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch bei elipsLife geltend gemacht wird, elipsLife sämtliche erforderlichen 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. 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.

7.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer die Pflichten aus diesen AVB in unentschuldbarer Weise verletzt.

7.5. Quellensteuer

Werden Versicherungsleistungen an den Versicherungsnehmer zur Weiterleitung an die versicherte Person ausgerichtet, haftet der Versicherungsnehmer für die gesetzeskonforme Abrechnung und Ablieferung der Quellensteuer.

8. Leistungen Dritter

8.1. Koordination

8.1.1. Im Allgemeinen

Hat die versicherte Person für einen Versicherungsfall, bei dem eine Leistungspflicht von elipsLife besteht, auch einen gesetzlichen oder vertraglichen Anspruch auf Leistungen von Sozialversicherungen, betrieblichen Versicherungen oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt elipsLife diese Leistungen im Rahmen ihrer eigenen Leistungspflicht bis zur Höhe des versicherten Taggeldes. Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht von elipsLife nach diesen AVB.

8.1.2. Mehrfachversicherung

Erhält die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten Taggeldversicherung, leistet elipsLife anteilmäßig. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die Todesfallleistungen werden immer zusätzlich zu anderen Versicherungen ausbezahlt.

8.1.3. Leistungsverzicht

Verzichten versicherte Personen ohne Zustimmung von elipsLife ganz oder teilweise auf Leistungen von Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gelten auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches und die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung von elipsLife nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

8.1.4. Vorleistungen und Regress

elipsLife kann anstelle eines haftpflichtigen Dritten Vorschussleistungen erbringen, sofern die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und sie ihre Ansprüche gegenüber dem Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an elipsLife abtritt.

8.2. Überentschädigung

8.2.1. Arbeitnehmer

Das Zusammentreffen mit Leistungen von Dritten darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe des versicherten Taggeldes. elipsLife kürzt ihre Leistungen bis zur Überentschädigungsgrenze. Tage mit teilweiser oder keiner Leistung infolge einer Kürzung wegen eines Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartezeit als ganze Tage. Hat elipsLife Leistungen erbracht, fordert sie Nachzahlungen von Sozialversicherungen (insbesondere der Invalidenversicherung) an die versicherte Person direkt von der betreffenden Sozialversicherung zurück. Der Rückforderungsbetrag entspricht der Höhe der Überentschädigung.

8.2.2. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, elipsLife allfällig bestehende oder neu abgeschlossene Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern unverzüglich mitzuteilen.

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 Schweigepflichtenbindungen 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.ch@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 Tarifkalkulationen 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 kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen. Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer ist 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. Örtliche Geltung

Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmer gilt die Versicherung vom Zeitpunkt der Entsendung an maximal 72 Monate, sofern für diese Personen gleichzeitig eine UVG-Deckung besteht.

10.4. 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.

10.5. Gerichtsstand

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

10.6. Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber elipsLife verjährt zwei Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht von elipsLife begründet.

10.7. Meldepflicht des Versicherungsnehmers

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

10.8. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

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

11. Glossar

11.1. Verwendete Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVIG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BB	Besondere Bedingungen
DSG	Datenschutzgesetz
EO	Erwerbsersatzordnung
EOG	Erwerbsersatzgesetz
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
G	Ausweis G (Grenzgängerbewilligung)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KTG	Krankentaggeldversicherung
LI	Liechtenstein
OR	Obligationenrecht
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag