

Ausgabe 1. Januar 2007

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen

- 1 Gegenstand der Versicherung
- 2 Grundlagen des Vertrages
- 3 Definitionen

Versicherter Personenkreis

- 4 Versicherte Betriebe
- 5 Versicherte Personen
- 6 Versicherbares Erwerbseinkommen
- 7 Örtlicher Geltungsbereich

Beginn und Ende der Versicherung

- 8 Beginn der Versicherung
- 9 Vorbehalte
- 10 Ende des Versicherungsschutzes
- 11 Kündigung
- 12 Übertritt in die Einzelversicherung

Leistungen

- 13 Leistungsvoraussetzungen
- 14 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall
- 15 Verletzung der Obliegenheiten
- 16 Leistungsbeginn
- 17 Wartefrist
- 18 Leistungsdauer
- 19 Leistungsunterbruch
- 20 Verichtsverbot

- 21 Mutterschaft
- 22 Berechnung des Taggeldes
- 23 Versicherungsgewinn
- 24 Überentschädigung
- 25 Auszahlung
- 26 Kurzaufenthalter
- 27 Verbot der Abtretung und Verpfändung
- 28 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Prämien

- 29 Grundlagen der Prämienberechnung
- 30 Prämienzahlung
- 31 Lohnsummendeklaration
- 32 Rückerstattung der Prämie
- 33 Zahlungsverzug
- 34 Versicherung mit Überschussbeteiligung
- 35 Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht
- 36 Änderung des Prämientarifs
- 37 Änderung des Prämienatzes

Schlussbestimmungen

- 38 Schweigepflicht
- 39 Rechtspflege
- 40 Mitteilungen
- 41 Inkrafttreten

Grundlagen

1 Gegenstand der Versicherung

Die Kollektiv-Taggeldversicherung der Helsana Versicherungen AG, nachfolgend der Versicherer genannt, gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Mutterschaft und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen.

2 Grundlagen des Vertrages

Soweit nicht zwingende Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des übrigen Bundesrechts anwendbar sind, gelten folgende Vertragsgrundlagen:

- 2.1 die Police und allfällige Nachträge dazu;
- 2.2 die im Versicherungs-Antrag und allfälligen Gesundheitsdeklarationen aufgeführten Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person;

2.3 die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);

2.4 allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB);

2.5 Besondere Abreden bzw. Vereinbarungen, soweit diese vom Versicherer in der Police als Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) bestätigt worden sind.

3 Definitionen

3.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

3.2 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 zur Folge hat. Die in der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung (UVV) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.



- 3.3 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3.4 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.
- 3.5 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
- 3.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- 3.7 Als Arzt gilt jeder in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Arzt, Zahnarzt bzw. Chiropraktor mit einem eidgenössischen oder einem entsprechenden ausländischen Diplom, im Ausland der zur Berufsausübung ermächtigte Inhaber eines gleichwertigen Fähigkeitsausweises.

Versicherter Personenkreis

4 Versicherte Betriebe

Als versicherter Betrieb gelten die in der Police einzeln aufgeführten Haupt-/ Nebenbetriebe, Filialen und Tochtergesellschaften.

5 Versicherte Personen

- 5.1 Versichert sind die im Vertrag aufgeführten Personen oder Personengruppen.
- 5.2 Arbeitnehmende sind versichert
- wenn zwischen ihnen und dem versicherten Betrieb ein Arbeitsverhältnis besteht,
 - wenn sie der Schweizer AHV unterstellt sind oder bei entsprechendem Alter unterstellt wären und
 - wenn sie das 65. Altersjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.3 Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sind nur versichert, wenn sie namentlich in der Police aufgeführt sind.
- 5.4 Nur aufgrund besonderer vertraglicher Vereinbarung sind versichert:
- a) Kurzfristige Aushilfen mit einem bis zu 3 Monaten befristeten Arbeitsvertrag;
 - b) Teilzeitbeschäftigte, welche weniger als 8 Stunden pro Woche arbeiten;
 - c) Stundenlöhner, welche kein fix bestimmtes, regelmässiges Pensum von mindestens 8 Stunden pro Woche im Betrieb absolvieren;
 - d) Heimarbeiter;
 - e) Arbeitnehmende, die in der Schweiz angestellt aber aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der europäischen Union (EU) oder der EFTA-Konvention nicht den Schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.
- 5.5 Nicht versichert sind:
- a) das dem Versicherungsnehmer bzw. dem versicherten Betrieb durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
 - b) Personen, die im Auftragsverhältnis für den versicherten Betrieb tätig sind.



6 Versicherbares Erwerbseinkommen

- 6.1 Bei Arbeitnehmenden ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz des effektiven AHV-Lohnes mit seinen Bestandteilen versichert. Vorbehalten bleiben andere vertragliche Vereinbarungen. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn des Versicherungsfalles bezogene Lohn. Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt. Lohnerhöhungen während eines Taggeldbezuges werden nicht berücksichtigt, es sei denn, die Erhöhung erfolge zwingend aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV). Der höchstversicherte Jahreslohn ist in der Police aufgeführt.
- 6.2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist maximal das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen versichert. Dieses muss dem tatsächlichen Einkommen aus dem versicherten Betrieb entsprechen.
- 6.3 Die versicherten Personen sind verpflichtet, dem Versicherer voraussichtlich dauernde Überversicherungen zu melden. Der Versicherer ist in einem solchen Fall berechtigt, die bestehende Taggeldversicherung herabzusetzen.
- ## 7 Örtlicher Geltungsbereich
- 7.1 Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.
- 7.2 Bei Aufenthalten ausserhalb der Schweiz in Staaten, die nicht der europäischen Union (EU) oder der europäischen Freihandelszone (EFTA) angehören, werden nur Leistungen erbracht, wenn ein Spitalaufenthalt medizinisch notwendig ist und nur so lange, wie die Rückkehr in die Schweiz nicht möglich ist.
- 7.3 Die in Ziff. 7.2 genannten Voraussetzungen fallen weg für aus der Schweiz entsandte Personen, während
- sie sich im Land ihres Arbeitsortes ausserhalb der EU oder der EFTA aufhalten,
 - sie dem Bundesgesetz über die AHV (AHVG) unterstehen und
 - seit ihrem Arbeitsantritt im Ausland noch keine 2 Jahre vergangen sind (spezielle Bewilligungen werden im Einzelfall geprüft).

Beginn und Ende der Versicherung

8 Beginn der Versicherung

- 8.1 Die Versicherung beginnt mit dem in der Police oder mit dem in einer schriftlichen Antragsbestätigung des Versicherers angegebenen Datum.
- 8.2 Der Vertrag verlängert sich bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern keine fristgerechte Vertragskündigung erfolgt.
- 8.3 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, muss die Aufnahme in die Versicherung einzeln beantragt werden.
- 8.4 Für neu eintretende Arbeitnehmende beginnt die Versicherung mit dem Tag der Arbeitsaufnahme. Personen, welche bei Beginn des Arbeitsvertrages bzw. bei Beginn der Versicherung wegen einer Krankheit, eines Unfalles oder eines Gebrechens nicht oder nur teilweise arbeitsfähig sind, sind erst versichert, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrages wieder voll arbeitsfähig sind. Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt für die vereinbarte Deckung ohne Gesundheitsprüfung und es bestehen keine Vorbehalte für wiederauftretende, vorbestandene Gesundheitsschäden.
- 8.5 Teilinvalide oder behinderte Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme bzw. bei Beginn der Versicherung für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.
- 8.6 Haben versicherte Personen aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.



9 Vorbehalte

- 9.1 Bei Neuabschluss oder Erhöhung der Versicherungsdeckung für namentlich aufzuführende bzw. aufgeführte Personen wird die Annahme des Antrages von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht. In diesem Fall kann der Versicherer Krankheiten und Unfallfolgen, die im Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehen oder vorher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen, beim Versicherungsabschluss durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Art. 70 Abs. 1 und 2 sowie Art. 71 Abs. 1 KVG bleiben vorbehalten.
- 9.2 Die in der Gesundheitsdeklaration gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Hat die versicherte Person unwahre oder unvollständige Angaben über Krankheiten oder Unfallfolgen gemacht, kann ein nachträglicher Vorbehalt angebracht werden.
- 9.3 Für die aufgrund der Gesundheitsdeklaration anzubringenden Vorbehalte gelten die Bestimmungen von Art. 69. 1 KVG.

10 Ende des Versicherungsschutzes

- 10.1 Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Kollektivvertrages.
- 10.2 Der Kollektivversicherungsvertrag endet:
- Bei Kündigung;
 - Bei Konkurseröffnung des Versicherungsnehmers;
 - Bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland;
 - Bei Einstellung des Betriebes;
 - Zum Zeitpunkt der Handänderung
- 10.3 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person:
- mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Versicherungsnehmers;
 - mit Erreichen bzw. mit der Vollendung des 65. Altersjahres;
 - sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird;
 - mit dem Tod der versicherten Person.

- 10.4 Für versicherte Personen, die bei Ende der Versicherung arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung.
- 10.5 Die Nachleistung gemäss Ziff. 10.4 kommt nicht zur Anwendung, wenn der Vertrag bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird, der aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung der Taggeldzahlungen gewährleisten muss.

11 Kündigung

Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer erstmals bei Erreichen des in der Police aufgeführten Ablaufdatums sowie später auf Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss mindestens drei Monate im Voraus im Besitze des Versicherers bzw. des Versicherungsnehmers sein. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Police aufgeführten Hauptverfall.

12 Übertritt in die Einzelversicherung

- 12.1 Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzel-Taggeldversicherung nach KVG des Versicherers überzutreten. Das gleiche Recht steht den Arbeitnehmenden zu, wenn der Kollektivversicherungsvertrag dahin fällt.
- 12.2 Der Versicherungsnehmer hat versicherten Personen, die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von 3 Monaten aufzuklären. Die gleiche Pflicht gilt auch bei Auflösung des Kollektivvertrages.
- 12.3 Die Frist beginnt mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung, die auf das Recht auf Übertritt aufmerksam macht. Erhält die versicherte Person eine Nachleistung gemäss Ziff. 10.4, beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch den Versicherer.



- 12.4 Die Übertretenden haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich jedoch auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV) im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen. Massgebend für den neuen Vertrag sind die Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) bleiben die Bestimmungen von Art 71 und 73 KVG vorbehalten.
- 12.5 Ist die versicherte Person bereits zum Zeitpunkt der Kündigung des Arbeitsvertrages durch den Arbeitgeber arbeitsunfähig oder erleidet sie nach beendetem Arbeitsverhältnis einen Rückfall, werden die unter der vorliegenden Versicherung erbrachten Leistungen in unveränderter Höhe fortgesetzt.
- 12.6 Bisher bezogene Leistungen werden auf die Bezugsberechtigung in der Einzelversicherung angerechnet.
- 12.7 Keine Freizügigkeit bzw. kein Übertrittsrecht besteht für versicherte Personen,
- a) die im Ausland wohnen (vorbehalten bleiben die Bestimmungen gemäss Abkommen über den freien Personenverkehr);
 - b) die kein versicherbares Einkommen haben;
 - c) die das 65. Altersjahr vollendet haben;
 - d) wenn die Leistungen im Kollektivvertrag erschöpft sind.
- 12.8 Ferner besteht kein Übertrittsrecht
- a) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Kollektivkrankentaggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers;
 - b) bei Auflösung des Vertrages und Weiterführung bei einem anderen Versicherer, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.

Leistungen

13 Leistungsvoraussetzungen

- 13.1 Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
- 13.2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% massgebend.
- 13.3 Teilinvalide oder behinderte versicherte Personen gelten im Sinne dieser Bedingungen als voll arbeitsfähig, wenn sie entsprechend ihrem Beschäftigungsgrad vollumfänglich arbeitsfähig sind. Ihre Arbeitsunfähigkeit bemisst sich nach dem Grad der Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben.
- 13.4 Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.
- 13.5 Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese medizinisch notwendig sind und dem Versicherer rechtzeitig vor Kurbeginn ein Kursesuch eingereicht wird.
- 13.6 Begibt sich die versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.

14 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall

- 14.1 Eine Arbeitsunfähigkeit muss durch den Versicherungsnehmer bei Versicherungen mit Wartefristen zwischen 0 und 10 Tagen spätestens 15 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherer gemeldet werden. Bei Wartefristen ab 11 Tagen muss die Meldung innerhalb von 35 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherer erfolgen. Innert weiterer 3 Tage seit Krankmeldung ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes einzureichen. Bei unentschuldig verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang dieser Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.



- 14.2 Die versicherte Person hat den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen. Kann sie den Erwerbsausfall nicht nachweisen, besteht kein Anspruch auf Leistungen.
- 14.3 Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen der Medizinalpersonen Folge zu leisten.
- 14.4 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- 14.5 Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Der Versicherer fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Ziff. 15 aufmerksam.
- 14.6 Die versicherte Person hat sich regelmässig in ärztliche Behandlung oder Kontrolle zu begeben. Zusätzlich ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von ihm als nötig erachteten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen durch Krankenbesuche zu kontrollieren.
- 14.7 Die versicherte Person ist verpflichtet, bei der Durchführung dieser Versicherung mitzuwirken. Insbesondere muss sie dem Versicherer sämtliche Angaben machen, die dieser zur Abklärung des Leistungsanspruchs sowie zur Festsetzung der Leistungshöhe benötigt.
- 14.8 Der Versicherer macht die Leistung davon abhängig, dass der Fall den übrigen betroffenen Versicherungen gemeldet wird. Der Anspruch auf Leistungen wird unterbrochen, wenn die versicherte Person der Anforderung der Anmeldung nicht Folge leistet. Der Anspruch lebt nach erfolgter Anmeldung wieder auf. Hingegen verliert die versicherte Person ihren Leistungsanspruch, wenn sie auf den Anspruch, den sie gegenüber diesen Versicherungen geltend machen kann, verzichtet oder diesen zurückzieht.
- 15 Verletzung der Obliegenheiten**
- 15.1 Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwer wiegenden Fällen verweigert, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten der vorliegenden AVB verletzt; insbesondere wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht oder einer Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt.
- 15.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Obliegenheiten oder Pflichten den Umständen nach als entschuldbar anzusehen ist.
- 16 Leistungsbeginn**
- 16.1 Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.
- 16.2 Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber während 6 Monaten nach Ende des Lohnanspruchs. Während der vorgesehenen Dauer des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Erkrankt die versicherte Person während des unbezahlten Urlaubs, rechnet der Versicherer die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur ursprünglich beabsichtigten Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit an die Wartefrist und die Leistungsdauer an. Es gelten die Obliegenheiten gemäss Ziff. 14 AVB, insbesondere betreffend Krankmeldung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.



17 Wartefrist

- 17.1 Die vereinbarte Wartefrist ist in der Police aufgeführt. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.
- 17.2 Die Wartefrist wird einmal pro Fall berechnet, sofern keine andere vertragliche Vereinbarung besteht.
- 17.3 Gilt die vereinbarte Wartefrist pro Fall, entfällt bei Rückfällen innerhalb von 180 Tagen ab Wiederaufnahme der Tätigkeit die Wartefrist.

18 Leistungsdauer

- 18.1 Der Versicherer leistet das Taggeld für eine oder mehrere Erkrankungen während der in der Police aufgeführten Dauer. Vorbehalten bleiben jene Fälle in denen die versicherte Person nach Ausscheiden aus der Kollektivversicherung ihr Übertrittsrecht nicht ausübt.
- 18.2 Wartefristen werden an die Leistungsdauer angerechnet, sofern keine andere vertragliche Vereinbarung besteht.
- 18.3 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Ziff. 18.1 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.
- 18.4 Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung im Sinne von Ziff. 24 dieser AVB verlängert sich die Leistungsdauer entsprechend der Kürzung.

19 Leistungsunterbruch

- 19.1 Kommt es während dem Taggeldbezug zu einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (z.B. Gefängnis, Untersuchungshaft etc.) so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet.
- 19.2 Eine arbeitsunfähige versicherte Person, die ohne Zustimmung des Versicherers die Schweiz vorübergehend verlässt (z. B. zu Ferienzwecken), verliert ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen bis zur Rückkehr in die Schweiz.

20 Verzichtungsverbot

Die versicherte Person darf die Erschöpfung der Leistungsdauer nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf Leistungen verzichtet.

21 Mutterschaft

- 21.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird während 16 Wochen das Taggeld ausgerichtet, für welches die versicherte Person bis zum Tag der Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbruch von mehr als 3 Monaten versichert war. Mindestens 8 Wochen der 16 Wochen müssen nach der Niederkunft liegen.
- 21.2 Die Leistungen werden im Nachgang zu den Mutterschaftsleistungen nach EOG erbracht.
- 21.3 Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.
- 21.4 Die Leistungen bei Mutterschaft werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.
- 21.5 Ist eine Wartefrist für Mutterschaft vereinbart, wird diese an die Leistungsdauer für Mutterschaft angerechnet.

22 Berechnung des Taggeldes

Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren.

23 Versicherungsgewinn

- 23.1 Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn entsteht.
- 23.2 Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die volle Deckung des Erwerbsausfalles der versicherten Person aus ihrer versicherten Tätigkeit im versicherten Betrieb übersteigen.



24 Überentschädigung

24.1 Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst übersteigen. Die Taggelleistungen werden im Nachgang zu Leistungen anderer Sozialversicherungen gewährt und werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.

24.2 Besteht bei einem Privatversicherer eine Taggeldversicherung für Krankheit oder Unfall, gewährt der Versicherer das versicherte Taggeld nur so weit, als keine Überentschädigung besteht. Ausgenommen davon sind Leistungen von Summenversicherungen.

24.3 Kürzt oder verweigert der Privatversicherer seine Leistungen gestützt auf eine Subsidiaritätsklausel, leistet der Versicherer anteilmässig.

25 Auszahlung

Die Auszahlung der Leistungen erfolgt in der Regel an den Versicherungsnehmer. In besonderen Fällen können die Taggelder an die versicherten Personen ausbezahlt werden. Art. 20 ATSG bleibt vorbehalten.

26 Kurzaufenthalter

Kurzaufenthalter haben nach Ablauf des Arbeitsvertrages keinen Anspruch mehr auf Taggelder. Kann nachgewiesen werden, dass bei Arbeitsfähigkeit im Jahr nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit wieder eine Arbeitsbewilligung vorgelegen hätte, wird das Taggeld zum bisherigen Ansatz während der in der Arbeitsbewilligung vorgesehenen Dauer erbracht.

27 Verbot der Abtretung und Verpfändung

Forderungen gegenüber dem Versicherer dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

28 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsleistungen werden vorübergehend oder dauernd gekürzt und in besonders schwer wiegenden Fällen verweigert für Krankheiten, Unfälle oder deren Folgen, welche die versicherte Person absichtlich herbeigeführt oder verschlimmert hat oder die auf aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse zurückzuführen sind. Massgebend sind die Definitionen und Kürzungsansätze der obligatorischen Unfallversicherung.

Prämien**29 Grundlagen der Prämienberechnung**

29.1 Vorbehältlich anderer vertraglicher Vereinbarung ist für die Prämienberechnung das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen unter Berücksichtigung des höchstversicherten Jahreslohnes pro Person massgebend. Löhne oder Lohnanteile, auf denen wegen des Alters der versicherten Person keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.

29.2 Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, gilt das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen für die Prämienberechnung.

30 Prämienzahlung

30.1 Die Prämien sind vom Versicherungsnehmer für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet. Bei Ratenzahlung kann der Versicherer einen Zuschlag erheben.

30.2 Bei Arbeitnehmenden ergibt sich die Vorausprämie aus den voraussichtlichen Löhnen und wird jeweils am Anfang des folgenden Jahres aufgrund der endgültigen Lohnsummendeklaration abgerechnet.

30.3 Während der Arbeitsunfähigkeit entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der erbrachten Leistungen aus dem Kollektivvertrag. Dies gilt jedoch nicht für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind.

31 Lohnsummendeklaration

31.1 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils Ende Jahr auf, die definitiven Lohnsummen zu deklarieren. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer dazu ein Lohnsummendeklarationsformular zu, welches er innerhalb von 30 Tagen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zurückzusenden hat. Der Versicherer erstellt daraufhin die Schlussabrechnung für das vorangegangene Jahr.

31.2 Wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkommt, werden die Prämien durch Einschätzung festgesetzt. Stellt sich später heraus, dass dadurch Prämien entgangen sind, schuldet der Versicherungsnehmer neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins von 5%.



31.3 Der Versicherer oder von ihm beauftragte Dritte haben das Recht, Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen oder Kopien seiner AHV-Abrechnungen zu verlangen.

32 Rückerstattung der Prämie

32.1 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.

32.2 Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer den Vertrag gekündigt hat.

32.3 Eine Versicherungsperiode beginnt mit dem Hauptverfall gemäss Police und dauert ein Jahr.

33 Zahlungsverzug

33.1 Nach Ablauf der Zahlungsfrist werden die Prämien gemahnt, und es wird eine Nachfrist von 14 Tagen angesetzt. Wenn innerhalb dieser Frist keine Bezahlung erfolgt, wird ein Verzugszins in Höhe von 5% ab erstem Tag nach Fristablauf erhoben. Nach Ablauf der Mahnfrist ruht die Leistungspflicht des Versicherers gegenüber dem Arbeitgeber. Die Leistungspflicht lebt wieder auf, sobald die ausstehenden Prämien einschliesslich der Verzugszinsen und Mahn- und Betreuungskosten vollständig bezahlt sind.

33.2 Im Falle eines Prämienverzuges behält sich der Versicherer ausserdem das Recht vor, den Kollektivvertrag vor Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist zu kündigen.

34 Versicherung mit Überschussbeteiligung

34.1 Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, erhält der Versicherungsnehmer jeweils nach drei Versicherungsjahren (Abrechnungsperiode jeweils vom 1. Januar – 31. Dezember) einen vertraglich vereinbarten Anteil am Überschuss aus seinem Vertrag.

34.2 Der Überschuss wird wie folgt ermittelt: Vom Total der für die betreffende Abrechnungsperiode bezahlten definitiven Prämien werden abgezogen:

- a) die auf die Abrechnungsperiode entfallenen Leistungen;
- b) Verwaltungskosten, Rückstellungen und Reserven aufgrund des im Vertrag festgelegten Anteils.

34.3 Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die folgende Abrechnungsperiode vorgetragen.

34.4 Werden nach erfolgter Abrechnung Schadenfälle nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Der Versicherer fordert zuviel bezahlte Überschussanteile zurück oder verrechnet diese mit den ausstehenden Taggeldausszahlungen.

34.5 Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt bei Aufhebung des Vertrages, sofern diese vor Ende einer Abrechnungsperiode erfolgt.

35 Verrechnung von Leistungen und Rückerstattungspflicht

35.1 Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen. Der Versicherer kann dabei einen Verzugszins in der Höhe von 5% erheben.

35.2 Vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

36 Änderung des Prämientarifs

Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern bis spätestens 30 Tage vor Ende des Jahres die Änderung schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die von der Änderung betroffenen Vertragsteile oder den ganzen Vertrag per Ende des Versicherungsjahres kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.



37 Änderung des Prämiensatzes

- 37.1 Auf Vertragsende kann der Versicherer die Prämien aufgrund des Schadenverlaufs anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und die zwei bis vier vorangegangenen Versicherungsjahre. Übersteigt die Summe der Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Fälle) die eingenommenen Risikoprämien, kann der Versicherer die Prämiensätze gemäss den Tarifbestimmungen anpassen.
- 37.2 Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämiensätze spätestens 60 Tage vor dem Hauptverfall der Prämie bekannt. Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit dem neuen Prämiensatz aufrecht zu erhalten.

Schlussbestimmungen**38 Schweigepflicht**

Mitarbeiter des Versicherers, die von Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leistungsbezug sowie von Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Person Kenntnis erhalten, sind zur vollen Verschwiegenheit im Sinne von Art. 33 ATSG verpflichtet. Bei Widerhandlungen findet Art. 92 KVG Anwendung.

39 Rechtspflege

- 39.1 Wenn eine versicherte Person mit einem Entscheid nicht einverstanden ist, erlässt der Versicherer eine schriftlich begründete Verfügung.
- 39.2 Gegen diese Verfügung kann innert 30 Tagen seit deren Zustellung Einsprache beim Versicherer erhoben werden.
- 39.3 Die Verfügung erwächst mit dem unbenützten Ablauf der Einsprachefrist oder mit der rechtskräftigen Abweisung der Einsprache in Rechtskraft.

40 Mitteilungen

- 40.1 An den Versicherungsnehmer:
Alle Mitteilungen an den Versicherungsnehmer bzw. an die von ihm genannte Ansprechstelle erfolgen an die letzte dem Versicherer bekannte Adresse in der Schweiz.
- 40.2 An die versicherten Personen:
Alle Mitteilungen an die versicherten Personen erfolgen durch den Versicherungsnehmer. Dieser hat die Pflicht, alle versicherten Personen über die wesentlichen Vertragsinhalte zu informieren.
- 40.3 An den Versicherer:
Alle Mitteilungen müssen direkt an den Versicherer gerichtet werden, und zwar in Deutsch, Französisch, Italienisch oder in Englisch. Dokumenten in anderen Sprachen ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- 40.4 Ändert ein Versicherungsnehmer sein Geschäftsdomizil, seine Ansprechstelle, die Art des Betriebes oder ändern die Besitzverhältnisse der Unternehmung, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

41 Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur Kollektiv-Taggeldversicherung wurden von den zuständigen Organen der Helsana Versicherungen AG beschlossen und treten am 1. Januar 2007 in Kraft. Sie ersetzen die entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG, Ausgabe 1. Januar 2004.

