

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Helvetia Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (BVG-koordiniert)

Ausgabe G 09, Dezember 2025

Inhaltsübersicht

Kundeninformation	3	22	Geburtagtaggeld	11
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5	23	Unbezahlter Urlaub	11
A Grundlagen	5	24	Kuraufenthalt	11
1 Vertragsgrundlagen	5	25	Befristeter Arbeitsvertrag / Praktikum / Probezeit / Lernende	11
2 Gegenstand der Versicherung	5	26	Ausland	11
3 Begriffsdefinitionen und Sonstiges	5	27	Pensionierte Personen	12
B Versicherter Personenkreis	6	28	Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug	12
4 Versicherter Betrieb	6	29	Koordination mit Leistungen Dritter	12
5 Versicherte Personen	6	30	Überentschädigung	12
6 Versichertes Erwerbseinkommen / versicherter Lohn	7	31	Quellensteuerpflichtige Versicherte	12
C Beginn und Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	7	32	Auszahlung	12
7 Beginn des Vertrags und des Versicherungsschutzes	7	33	Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung	13
8 Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	7	F Verhaltenspflichten	13	
D Einschränkungen des Deckungs- bzw. Leistungsumfangs	8	34	Frist für die Anmeldung eines Leistungsfalls	13
9 Bei Krankheit, Unfällen und deren Folgen	8	35	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person	14
10 Bei Unfällen und deren Folgen	9	36	Beizug eines zugelassenen Arztes	14
E Versicherte Leistungen	9	37	Schadenminderungspflicht	14
11 Art der Leistungen	9	38	Zusammenarbeit mit der IV	14
12 Leistungsvoraussetzungen	9	39	Folgen bei Nichtbeachtung der Verhaltenspflichten	14
13 Leistungsbeginn und Wartefrist	9	G Prämie / AVB / Überschussbeteiligung	14	
14 Berechnung der Leistungen	9	40	Prämiensatz / Prämientarif	14
15 Leistungsdauer	10	41	Prämienabrechnung	15
16 Rückfall	10	42	Prämienzahlung	15
17 Resterwerbsfähigkeit	10	43	Zahlungsverzug und Mahnfolgen	15
18 Nachleistungen	10	44	AVB	16
19 Leistungskürzungen	11	45	Überschussbeteiligung	16
20 Schwangerschaft	11	H Abkürzungen	16	
21 Mutterschaft / Vaterschaft	11			

Kundeninformation

Was Sie über Ihre Kollektiv-Krankentaggeldversicherung wissen sollten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Die nachstehenden Kundeninformationen geben Ihnen einen Überblick und Antworten auf die wichtigsten Fragen zu Ihrer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung. Massgebend sind in jedem Fall die Rechte und Pflichten gemäss Ihrem Versicherungsvertrag.

Freundliche Grüsse

Helvetia Versicherungen

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Versicherer ist die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (nachstehend «Helvetia» genannt), eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht, mit Sitz an der Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen. Die für den einzelnen Vertrag zuständige Geschäftsstelle ist aus dem Antrag, der Police oder aus allfälligen Nachträgen dazu ersichtlich.

Welche Risiken sind versichert und welchen Umfang hat der Versicherungsschutz?

Die Ereignisse, bei deren Eintritt Helvetia zu einer Leistung verpflichtet ist, ergeben sich aus dem Antrag sowie der Police mit den entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB) und Nachträgen.

Welche Leistungen werden erbracht?

Die Höhe bzw. Höchstgrenze, Art und Dauer der versicherten Leistungen sind dem Antrag, der Police, den entsprechenden AVB und den allfälligen BB und Nachträgen zu entnehmen.

Die Leistungen erfolgen nach dem Schadenversicherungsprinzip, d.h. die Leistungen sind auf den Ersatz des effektiven Schadens begrenzt und werden in Koordination mit Leistungen Dritter erbracht.

Wie hoch ist die geschuldete Prämie?

Die Höhe der Prämie hängt vom gewählten Versicherungsschutz und den versicherten Risiken ab. Details zur Prämie sind der Police bzw. der Prämienrechnung zu entnehmen. Die Prämie wird grundsätzlich einmal im Jahr erhoben. Auf Wunsch sind – allenfalls gegen einen Zuschlag – andere Zahlungsarten möglich. Wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, erstattet Helvetia die nicht verbrauchte Prämie gemäss den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zurück.

Welche weiteren Pflichten haben Sie als Versicherungsnehmer bzw. haben die versicherten Personen?

Unter die wesentlichen Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen fallen beispielsweise:

- die beim Abschluss des Vertrags gestellten Fragen zu erheblichen Gefahrstatsachen (z.B. im Antrag, im Gesundheitsdeklarationsformular) sind wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten, ansonsten Helvetia den Vertrag als Ganzes kündigen, versicherte Personen aus dem Vertrag ausschliessen sowie Leistungen verweigern oder zurückfordern kann;
- führt eine Veränderung der beim Abschluss des Vertrags festgehaltenen erheblichen Gefahrstatsachen zu einer Erhöhung des Risikos, besteht die Pflicht, dies Helvetia unverzüglich mitzuteilen (Gefahrserhöhung);
- die versicherten Personen sind über den wesentlichen Inhalt des Vertrags, dessen Änderungen und Auflösung, die Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht sowie das Übertrittsrecht in die Einzel-Krankentaggeldversicherung schriftlich oder in einer anderen Textform, vorzugsweise anhand des der Police beiliegenden Merkblatts für die Arbeitnehmenden, zu orientieren;
- die Prämien sind fristgerecht zu bezahlen, und die effektiven Lohnangaben für die Berechnung der definitiven Prämien sind fristgerecht zu deklarieren;
- tritt ein Leistungsfall ein, ist dieser Helvetia spätestens 5 Tage nach Ablauf der Wartefrist anzumelden. Ist jedoch eine Wartefrist von mehr als 30 Tagen vereinbart, hat die Anmeldung spätestens nach 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Zusammen mit der Anmeldung ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes einzureichen;
- bei Abklärungen von Helvetia (z.B. im Leistungsfall) haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen mitzuwirken (Mitwirkungspflicht);
- im Leistungsfall sind die zumutbaren Massnahmen zur Minderung des Schadens zu ergreifen (Schadenminderungspflicht).

Wann beginnt und endet Ihr Vertrag?

Der Vertrag beginnt mit dem in der Police bezeichneten Datum.

Wird der Vertrag von keiner der Parteien auf das in der Police bezeichnete Ablaufdatum hin gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, durch den Versicherungsnehmer oder durch Helvetia auf das Ende des 3. oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs gekündigt werden.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn einer 3-monatigen Kündigungsfrist Helvetia bzw. dem Versicherungsnehmer schriftlich oder in einer anderen Textform zugekommen ist.

Ist der Vertrag für weniger als 1 Jahr abgeschlossen, erlischt er am Tag, der in der Police bezeichnet ist.

Der Vertrag kann durch schriftliche oder in einer anderen Textform verfassten Kündigung auch vorzeitig beendet werden

- nach einem Leistungsfall, für den Helvetia Leistungen erbracht hat:
 - durch den Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat; der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung;
 - durch Helvetia spätestens bei der Auszahlung; der Versicherungsschutz erlischt 30 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung;
- bei Erhöhung des Prämienatzes und/oder bei Bekanntgabe neuer AVB durch Helvetia: durch den Versicherungsnehmer auf Ende des Versicherungsjahrs. Die Kündigung muss bis spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahrs bei Helvetia eintreffen.

Weitere vorzeitige Kündigungsgründe (z. B. bei Verletzung der Informationspflicht von Helvetia, bei Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person, bei Gefahrerhöhung oder bei Gefahrminderung) sind in den AVB oder im VVG geregelt.

Weshalb werden Personendaten bearbeitet, weitergegeben und aufbewahrt? Welche Personendaten werden bearbeitet?

Die Datenerhebung und -bearbeitung dient der Akquisition, der bedarfsgerechten Beratung und Betreuung, der Ermittlung von Prämienätzen und Erstellung von Offerten, der Antrags- und Risikoprüfung, der Policenerstellung und Prämienrechnungsstellung, der Durchführung, Änderung und Auflösung dieses Vertrags, der Bearbeitung von Leistungsfällen, der Missbrauchsbekämpfung, statistischen Auswertungen, Marketingzwecken (z. B. Kundenzufriedenheitsbefragungen) und der Erstellung von Kundenprofilen, die dazu dienen, dem Versicherungsnehmer individuelle Produkte aus der Unternehmensgruppe einschliesslich Kooperationspartner anzubieten.

Im Wesentlichen werden folgende Datenkategorien bearbeitet: Interessentendaten, Kundendaten, Personendaten von Versicherten (inkl. Gesundheitsdaten) und Anspruchsberechtigten, Vertrags- und Leistungsfalldaten, Lohndaten sowie Inkassodaten.

Helvetia wird ermächtigt, vom Versicherungsnehmer, Arbeitgeber, von versicherten Personen und Anspruchsberechtigten sowie von Dritten (namentlich Vor-, Folge-, Mit- und Rückversicherer, Sozial- und Privatversicherungsgesellschaften und -institutionen, Vorsorgeeinrichtungen, Spitäler, Kuranstalten, Ärzte, Psychiater, Psychologen, Zahnärzte, Chiropraktoren, Therapeuten und andere medizinisch geschulte Personen, Behörden und Amtsstellen, Versicherungsvermittler, andere Einheiten der Unternehmensgruppe, Kooperationspartner) sachdienliche Auskünfte und Daten im erforderlichen Ausmass einzuholen sowie an die Vorerwähnten, sofern erlaubt, ebensolche Auskünfte und Daten zu übermitteln.

Anlässlich der Antrags- und Risikoprüfung sowie im Leistungsfall informiert Helvetia gesondert über die Datenbearbeitung und fordert vom Arbeitgeber, von der versicherten Person und/oder von Anspruchsberechtigten gegebenenfalls jeweils eine schriftliche Ermächtigung zur Datenbearbeitung und holt eine Erklärung betreffend Entbindung der Vorerwähnten von gesetzlichen und vertraglichen Schweige- und Geheimhaltungspflichten ein.

Zudem kann Helvetia, falls nötig, weitere Dritte (bspw. externe Sachverständige und Dienstleister einschliesslich IT-Datenverarbeiter im In- und Ausland) mit der Erbringung von Dienstleistungen beauftragen und diesen die Bearbeitung der Daten übertragen. Die genannten Dritten sind verpflichtet, die Daten nach den gleichen Grundsätzen der Datenschutzgesetzgebung zu bearbeiten wie Helvetia.

Sämtliche Daten werden physisch und/oder elektronisch gemäss der geltenden Datenschutzgesetzgebung erhoben, bearbeitet, aufbewahrt und gelöscht. Daten, welche die Geschäftskorrespondenz betreffen, sind während mindestens 10 Jahren ab Vertragsauflösung und Leistungsfalldaten während mindestens 10 Jahren nach Erledigung des Leistungsfalls aufzubewahren.

Verantwortliche für die Datenbearbeitung ist Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen.

Weitere und aktuelle Informationen zur Datenbearbeitung finden Sie unter www.helvetia.ch/datenschutz.

Welche Gebühren werden in Rechnung gestellt?

Bei Mahnungen und Betreibungen stellt Helvetia folgende Gebühren in Rechnung:

- | | |
|---|--------|
| ■ Gebühr für eine gesetzliche Mahnung | CHF 20 |
| ■ Gebühr für die Einleitung einer Betreibung (zuzüglich amtliche Betreibungs- und Gerichtskosten) | CHF 50 |
| ■ Gebühr für die Löschung einer Betreibung (die Löschung erfolgt nur, wenn alle Ausstände beglichen sind) | CHF 80 |

Allgemeine Versicherungsbedingungen

A Grundlagen

1 Vertragsgrundlagen

Rechtsträger der Versicherung ist die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen, nachfolgend Helvetia genannt.

Die Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Antrag, die Gesundheitsdeklarationen, die übrigen schriftlichen oder in einer anderen Textform verfassten Erklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten gegenüber Helvetia und den untersuchenden Ärzten sowie die Police mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB) und schriftlichen Nachträgen. Der Vertrag untersteht dem VVG.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Folge überall dort, wo Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind, ausschliesslich die männliche Form verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

2 Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung schützt den Versicherungsnehmer und seine Arbeitnehmenden vor den wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit und/oder – sofern mitversichert – Mutterschaft und/oder Unfall.

Versicherbar sind folgende Leistungsarten:

- ein Taggeld bei vorübergehender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit;
- sofern vertraglich vereinbart und in der Police bezeichnet, ein Taggeld bei vorübergehender unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit für namentlich erwähnte Personen, welche nicht obligatorisch gemäss UVG versichert sind;
- sofern vertraglich vereinbart und in der Police bezeichnet, ein Geburtentaggeld für weibliche Arbeitnehmende in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG.

3 Begriffsdefinitionen und Sonstiges

3.1 Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, vom Willen des Versicherten unabhängige Störung der Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

3.2 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.

Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind gemäss den geltenden UVG-Bestimmungen einem Unfall gleichgestellt.

Keine unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne des vorstehenden Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

3.3 Arzt

Als Arzt gilt jeder in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Arzt, Zahnarzt und Chiropraktor mit einem eidgenössischen oder einem entsprechenden ausländischen Diplom, im Ausland der zur Berufsausübung ermächtigte Inhaber eines gleichwertigen Fähigkeitsausweises.

3.4 Leistungsfall

Als Leistungsfall wird eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit oder eine Geburt bezeichnet, die eine Leistungspflicht von Helvetia auslöst.

3.5 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 einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst erworben werden müssen. Zumutbar ist eine Massnahme auch dann, wenn Lebensgewohnheiten in einem massvollen Umfang geändert werden müssen.

Den Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person bestimmt Helvetia aufgrund der durch einen Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist nur die Einschränkung in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit von Bedeutung, nicht aber die medizinisch-theoretische Einschränkung einer körperlichen Funktion.

3.6 Erwerbsunfähigkeit

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.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

3.7 Kuren

Badekuren, die stationär und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden, sowie in ärztlich überwachten Kuranstalten und Erholungsheimen durchgeführte

- Diät-, Klima- oder Rehabilitationskuren sowie Entwöhnungskuren wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauchs;
- Erholungsaufenthalte in unmittelbarem Anschluss an einen Spitalaufenthalt oder eine vorausgegangene Arbeitsunfähigkeit.

3.8 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz jedoch nur so lange, als der Versicherte der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung (z. B. AHVG/IVG, UVG) untersteht, längstens jedoch während 24 Monaten ab Beginn des Auslandsaufenthalts.

3.9 Mitteilungen

Der Versicherungsnehmer und die Versicherten erfüllen ihre Mitteilungspflicht nur dann rechtsgültig, wenn sie die ihnen obliegenden Mitteilungen Helvetia an ihren Hauptsitz oder eine ihrer Geschäftsstellen schriftlich oder in einer anderen Textform (z. B. per Mail) zukommen lassen.

Alle Helvetia obliegenden Mitteilungen erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten Person angegebene Adresse.

3.10 Gerichtsstand

Als Gerichtsstand steht dem Versicherungsnehmer und den Versicherten wahlweise der ordentliche Gerichtsstand, ihr schweizerischer Wohnsitz oder ihr schweizerischer Arbeitsort zur Verfügung.

3.11 Sanktionsklausel

Dieser Versicherungsvertrag gewährt keinen Versicherungsschutz oder sonstige Leistungen des Versicherers, soweit und solange dies Wirtschafts-, Finanz- oder Handelssanktionen der EU, des Vereinigten Königreichs, der USA und der UN oder Schweizer Gesetzen entgegensteht.

B Versicherter Personenkreis

4 Versicherter Betrieb

Der versicherte Betrieb ist in der Police bezeichnet und gilt als Versicherungsnehmer.

Sind aufgrund spezieller Vereinbarung mehrere Betriebe zu versichern, sind diese in der Police bezeichnet. Einer davon ist als Versicherungsnehmer bezeichnet. Die beim Abschluss des Vertrags, insbesondere im Versicherungsantrag gestellten Fragen gelten in diesem Falle für alle zu versichernden Betriebe und sind vom Versicherungsnehmer auch für alle zu versichernden Betriebe zu beantworten.

Verlegt der Versicherungsnehmer das Betriebsdomizil innerhalb der Schweiz, bleibt der Vertrag weiterhin bestehen, dennoch ist diese Veränderung Helvetia mitzuteilen.

Übernimmt der Versicherungsnehmer einen weiteren Betrieb oder anstelle des bisherigen Betriebs einen anderen Betrieb, kann dies einen Einfluss auf den Fortbestand des Vertrags haben. Er ist verpflichtet, Helvetia die neuen Verhältnisse bzw. den Betriebswechsel innert 30 Tagen mitzuteilen. In jedem Fall behält sich Helvetia eine einseitige Anpassung des Vertrags vor.

Gibt der Versicherungsnehmer den Betrieb bzw. seine Erwerbstätigkeit auf, hat er dies Helvetia unverzüglich mitzuteilen.

5 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police bezeichneten, namentlich erwähnten Personen (z. B. Selbständigerwerbende und Personen, die in ihrer Eigenschaft als Gesellschafter, als finanziell am Betrieb Beteiligte oder als Mitglied eines obersten betrieblichen Entscheidungsgremiums die Entscheidungen des Arbeitgebers bestimmen oder massgeblich beeinflussen können [in der Regel Einzelunterschriftsberechtigte] sowie deren mitarbeitende Familienmitglieder, der eingetragene Partner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes oder der in Hausgemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Lebenspartner, sofern auf dem Lohn dieser Personen keine AHV-Beiträge erhoben werden) und Arbeitnehmende.

Der Beitritt zur Versicherung ist für Arbeitnehmende obligatorisch.

Arbeitnehmende sind versichert,

- wenn zwischen ihnen und dem Versicherungsnehmer ein Arbeitsverhältnis besteht;
- wenn sie der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung unterstellt sind und
- wenn sie nach Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters weiterhin im Betrieb tätig sind.

Bezüger einer IV-Rente oder Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nur ein reduziertes Pensum erbringen, sind im Rahmen ihrer noch verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit) automatisch mitversichert.

Nur aufgrund spezieller Vereinbarung und Bezeichnung in der Police bzw. den BB sind versichert:

- Aushilfen mit einem bis zu 3 Monaten befristeten Arbeitsvertrag.

Nicht versichert sind insbesondere:

- das dem Versicherungsnehmer bzw. dem versicherten Betrieb durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal;
- Personen, die im Auftragsverhältnis für den versicherten Betrieb tätig sind;
- Personen, die bei Arbeitsaufnahme resp. Beginn des Versicherungsvertrags das ordentliche AHV-Rentenalter erreicht haben;
- Mitglieder des Verwaltungsrats und der geschäftsführenden Organe, die nicht gleichzeitig als Arbeitnehmende im versicherten Betrieb tätig sind;
- 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;
- Personen ohne Arbeitsbewilligung.

6 Versichertes Erwerbseinkommen/ versicherter Lohn

Für namentlich erwähnte Personen gilt das in der Police bezeichnete Erwerbseinkommen als versichert.

Für Arbeitnehmende ist das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen versichert. Der höchstversicherte Jahreslohn ist in der Police bezeichnet.

Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bezogene AHV-Lohn.

Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt.

Sind im versicherten Betrieb Mitglieder des Verwaltungsrats und der geschäftsführenden Organe gleichzeitig als Arbeitnehmende tätig, sind auch die im AHV-Lohn enthaltenen Entgelte in Form von Verwaltungsrats honoraren, Tantiemen, festen Entschädigungen und Sitzungsgeldern versichert.

C Beginn und Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

7 Beginn des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Der Vertrag beginnt mit dem in der Police bezeichneten Datum.

Für alle namentlich erwähnten Personen beginnt der Versicherungsschutz erst nach erfolgter Bestätigung der Aufnahme durch Helvetia. Für diese Personen sind Arbeitsunfähigkeiten infolge von Krankheiten und/oder Unfällen, die schon vor Beitritt zur Versicherung bestanden haben und behandelt worden sind, nur versichert, sofern sie beim Beitritt zur Versicherung angezeigt und nicht mittels Vorbehalt von Helvetia ausgeschlossen worden sind.

Der Versicherungsschutz beginnt für den einzelnen Arbeitnehmenden an dem Tag, an dem er die Arbeit im versicherten Betrieb antritt, frühestens jedoch an dem in der Police bezeichneten Vertragsbeginn.

Ist ein Arbeitnehmender bei Vertragsbeginn bzw. bei Eintritt in den versicherten Betrieb ganz oder teilweise arbeitsunfähig, so beginnt der Versicherungsschutz frühestens in jenem Zeitpunkt, in welchem er für das im Arbeitsvertrag festgelegte Arbeitspensum als vollumfänglich arbeitsfähig erklärt wurde, es sei denn, der Arbeitnehmende habe aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf Leistungen ab einem früheren Zeitpunkt.

Beantragt der Versicherungsnehmer eine Ausdehnung der Versicherung, so finden die vorstehenden Bestimmungen auf zusätzliche oder erhöhte Leistungen sinngemäss Anwendung.

Teilinvalid oder Arbeitnehmende, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, müssen am Tage ihrer Arbeitsaufnahme bzw. bei Beginn des Versicherungsvertrags für die vereinbarte Teilzeitbeschäftigung voll arbeitsfähig sein.

8 Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

8.1 Ende und Kündigung des Vertrags

Wird der Vertrag von keiner der Parteien auf das in der Police bezeichnete Ablaufdatum hin gekündigt, verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, durch den Versicherungsnehmer oder durch Helvetia auf das Ende des 3. oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs gekündigt werden.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn einer 3-monatigen Kündigungsfrist Helvetia bzw. dem Versicherungsnehmer schriftlich oder in einer anderen Textform zugekommen ist.

Ist der Vertrag für weniger als 1 Jahr abgeschlossen, erlischt er am Tag, der in der Police bezeichnet ist.

8.2 Verletzung der Informationspflicht

Hat Helvetia die Informationspflicht nach Art. 3 VVG verletzt, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag schriftlich oder in einer anderen Textform zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei Helvetia wirksam. Gleichzeitig erlischt der Versicherungsschutz.

Das Kündigungsrecht erlischt 4 Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen nach Art. 3 VVG Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens 2 Jahre nach der Pflichtverletzung.

8.3 Kündigung im Leistungsfall

Nach jedem Leistungsfall, für den Helvetia Leistungen erbracht hat, kann

- der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Leistung von Helvetia Kenntnis erhalten hat;
- Helvetia spätestens bei Leistungserbringung, den davon betroffenen Teil des Vertrags oder den gesamten Vertrag kündigen.

Kündigt der Versicherungsnehmer, erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung bei Helvetia.

Kündigt Helvetia, erlischt der Versicherungsschutz 30 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.

Vorbehalten bleiben abweichende schriftliche oder in einer anderen Textform festgehaltene Vereinbarungen.

8.4 Ende des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten

Der Versicherungsschutz endet für den einzelnen Versicherten

- mit dem Erlöschen, dem Ruhen oder der Aufhebung dieses Vertrags;
- mit dem Austritt aus dem versicherten Betrieb;
- mit der Aufgabe des Betriebs bzw. mit der Aufgabe oder dem Unterbruch der Erwerbstätigkeit;
- mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung in den einzelnen Leistungsarten. Wird ein Arbeitnehmender über das Ende der Anspruchsberechtigung hinaus weiterhin im versicherten Betrieb des Versicherungsnehmers beschäftigt, so bleibt er im Rahmen der noch verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit) versichert;
- mit der Vollendung des 70. Altersjahrs;
- mit der Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer;
- bei Aufenthalt ausserhalb der Schweiz nach 24 Monaten.

Die vertraglich vereinbarte Unfalldeckung endet zudem bei namentlich erwähnten Personen, wenn diese UVG-pflichtig werden.

Für Leistungsfälle, die vor dem Ende des Versicherungsschutzes bereits entschädigungspflichtig waren bzw. sich bereits in der Wartefrist befanden, aber noch nicht abgeschlossen sind, wird das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die versicherten Leistungen weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer BVG-Rente.

In folgenden Fällen besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Erlöschen des Versicherungsschutzes:

- wenn ein Arbeitnehmender in die Einzel-Krankentaggeldversicherung von Helvetia übertritt;
- wenn ein Arbeitnehmender bei einem Stellenwechsel in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers übertritt oder wenn der vorliegende Vertrag aufgelöst und die Weiterführung der Versicherung bei einem anderen Versicherer beantragt wird, und der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss (Freizügigkeitsfälle).

8.5 Anzeigepflichtverletzung während des Vertragsabschlusses

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss des Vertrags eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich oder in einer anderen Textform befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist Helvetia berechtigt, den Vertrag als Ganzes schriftlich oder in einer anderen Textform zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Gleichzeitig erlischt der Versicherungsschutz.

Das Kündigungsrecht erlischt 4 Wochen, nachdem Helvetia von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat.

Wird der Vertrag durch Kündigung wegen einer Anzeigepflichtverletzung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht von Helvetia für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat Helvetia Anspruch auf Rückerstattung.

8.6 Gefahrserhöhung und -minderung

Ändert sich während der Vertragsdauer eine für die Beurteilung der Gefahr erhebliche Tatsache, deren Umfang die Parteien beim Vertragsabschluss festgestellt haben (z.B. die Art des versicherten Betriebs), hat der Versicherungsnehmer dies Helvetia unverzüglich schriftlich oder in einer anderen Textform mitzuteilen. Unterbleibt die Mitteilung, ist Helvetia für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.

Bei Gefahrserhöhung kann Helvetia den Prämiensatz auf den Zeitpunkt der Gefahrserhöhung anpassen oder den Vertrag innert 14 Tagen nach Erhalt der Mitteilung mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich oder in einer anderen Textform kündigen.

Bei einer Prämiensatzerhöhung hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag innert 14 Tagen nach Erhalt der Mitteilung mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich oder in einer anderen Textform zu kündigen.

Die jeweilige Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer bzw. bei Helvetia wirksam. Gleichzeitig erlischt der Versicherungsschutz. In jedem Fall hat Helvetia Anspruch auf die Prämiensatzerhöhung vom Zeitpunkt der Gefahrserhöhung an bis zum Erlöschen des Vertrags.

Bei Gefahrminderung ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich oder in einer anderen Textform zu kündigen oder eine Prämiensatzreduktion zu verlangen.

Lehnt Helvetia eine Prämiensatzreduktion ab oder ist der Versicherungsnehmer mit der angebotenen Reduktion nicht einverstanden, so ist er berechtigt, den Vertrag innert 4 Wochen seit Zugang der Stellungnahme von Helvetia mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich oder in einer anderen Textform zu kündigen.

Die Kündigung wird mit Zugang bei Helvetia wirksam. Gleichzeitig erlischt der Versicherungsschutz. Die Prämiensatzreduktion wird mit dem Zugang der Mitteilung bei Helvetia wirksam.

D Einschränkungen des Deckungs- bzw. Leistungsumfangs

9 Bei Krankheit, Unfällen und deren Folgen

Es werden keine Leistungen ausgerichtet für Arbeitsunfähigkeiten

- infolge von Krankheiten und Unfallfolgen, für welche ein Vorbehalt angebracht worden ist;
- infolge kriegerischer Ereignisse
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte erkrankte oder verunfallte innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, und er sei vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden;
- im Zusammenhang mit Reisen in Länder oder Regionen, für welche das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten eine Reisewarnung ausgegeben hat;

- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie. Ausnahmen: Deckung besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalls;
- infolge missbräuchlich in den Körper aufgenommener Arzneimittel, Drogen, Chemikalien, Suchtmittel, Rauschmittel und Schnüffelfstoffe;
- infolge Selbsttötung oder des Versuchs dazu;
- infolge von Eingriffen am eigenen Körper, die der Versicherte selbst vornimmt oder durch Dritte vornehmen lässt. Darunter fallen auch prophylaktische, diagnostische oder therapeutische ärztliche Massnahmen (Narkose, Einspritzungen, Bestrahlungen, Operationen usw.), soweit sie nicht durch eine versicherte Krankheit oder einen versicherten Unfall bedingt sind;
- infolge kosmetischer oder medizinisch nicht indizierter Operationen und Behandlungen (z. B. Schönheitsoperationen).

Bei betrügerischer Geltendmachung des Versicherungsanspruchs oder des Versuchs dazu werden ebenfalls keine Leistungen erbracht.

10 Bei Unfällen und deren Folgen

Es werden keine Leistungen ausgerichtet für Arbeitsunfähigkeiten

- infolge Teilnahme im ausländischen Militärdienst;
- infolge Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen;
- infolge Teilnahme an inneren Unruhen (Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen anlässlich von Zusammenrottung, Krawall oder Tumult) und den dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, die versicherte Person lege glaubhaft dar, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens sowie des Versuchs dazu;
- bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder Motorbooten sowie bei Trainingsfahrten auf der Rennstrecke.

Ist die Arbeitsunfähigkeit zum Teil auf nicht versicherte Krankheiten und/oder Unfälle zurückzuführen, so werden die Leistungen von Helvetia nach sachverständigem Ermessen entsprechend gekürzt.

E Versicherte Leistungen

11 Art der Leistungen

Die Leistung besteht in einem Taggeld, das in Prozenten des vereinbarten Erwerbseinkommens oder des Lohns (AHV-Lohn) festgelegt ist. Die Vergütung erfolgt für jeden Kalendertag.

12 Leistungsvoraussetzungen

Das Taggeld für namentlich erwähnte Personen wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

Bei Arbeitnehmenden ist eine nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % massgebend.

Teilinvaliden oder Arbeitnehmende gemäss Ziffer 5 Abs. 4, die infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im versicherten Betrieb nur eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, 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 im versicherten Betrieb weiter auszuüben.

Arbeitsausfälle wegen ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

Arbeitsausfälle infolge von Kuren sind nur versichert, wenn diese ärztlich verordnet sind.

13 Leistungsbeginn und Wartefrist

Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police bezeichneten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.

Die Wartefrist wird pro Leistungsfall geltend gemacht. Für die Berechnung der Wartefrist zählen nur Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % bei namentlich erwähnten Personen bzw. 25 % bei Arbeitnehmenden besteht. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Wartefristtage.

14 Berechnung der Leistungen

Leistungen erfolgen sowohl für namentlich erwähnte Personen wie auch für Arbeitnehmende nach dem Schadenversicherungsprinzip, d.h. die Leistungen sind auf den Ersatz des effektiven Schadens begrenzt und werden in Koordination mit Leistungen Dritter erbracht.

Als Grundlage für die Berechnung des Taggelds für namentlich erwähnte Personen wird das in der Police bezeichnete Erwerbseinkommen mit der in der Police bezeichneten Leistungshöhe multipliziert und durch 365 geteilt.

Über das vereinbarte Erwerbseinkommen hinausgehende Erwerbsausfälle sind nicht versichert.

Bei der Berechnung des Taggelds für Arbeitnehmende wird auf das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen zuzüglich Kinder- und Familienzulagen abgestellt. Löhne und Lohnanteile, auf denen wegen des Alters des Versicherten oder wegen internationaler Abkommen keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.

Als Grundlage für die Berechnung des Taggelds und des Geburtentaggelds gilt der letzte vor dem Leistungsfall bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Dieser Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet, mit der in der Police bezeichneten Leistungshöhe multipliziert und durch 365 geteilt. Übt der Versicherte keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus oder unterliegt sein Lohn starken Schwankungen, so wird auf das durchschnittliche Einkommen in den letzten 12 Monaten vor dem Leistungsfall abgestellt.

Lohnanpassungen oder Änderungen des Arbeitsvertrags werden in der Taggeldberechnung berücksichtigt, sofern diese vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit schriftlich vereinbart worden sind. Zwingende Lohnerhöhungen aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV) während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden berücksichtigt.

Bei einer Schadenversicherung hat der Arbeitnehmende den Lohnausfall nachzuweisen. Der Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des nachgewiesenen Lohnausfalls.

Über den im versicherten Betrieb erwirtschafteten AHV-Lohn hinausgehende Erwerbsausfälle sind nicht versichert.

Ein Einkommen aus anderweitiger Tätigkeit als für den versicherten Betrieb ist nicht versichert.

Erzielt die namentlich erwähnte Person bzw. der Arbeitnehmende im Sinne der Schadenminderungspflicht ein Einkommen in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich, wird das Taggeld unter Anrechnung dieses Einkommens neu berechnet.

15 Leistungsdauer

Helvetia leistet das Taggeld pro Leistungsfall längstens während der in der Police bezeichneten Leistungsdauer, abzüglich der vereinbarten Wartefrist. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.

Tritt während eines Leistungsfalls ein weiterer Leistungsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Leistungsfalls an die Leistungsdauer weiterer Leistungsfälle angerechnet.

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

Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer für einen Leistungsfall ist die versicherte Person für diesen ausgesteuert. Für eine erneute Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache besteht kein Versicherungsschutz.

Besteht zum Zeitpunkt des Erreichens des ordentlichen AHV-Rentalters eine Arbeitsunfähigkeit, so erlischt der Leistungsanspruch, ausser die versicherte Person weist nach, dass das Arbeitsverhältnis bzw. die Erwerbstätigkeit bei bestehender Arbeitsunfähigkeit angedauert hätten. Vom ordentlichen AHV-Rentalters an wird das Taggeld noch während maximal 180 Tagen für alle laufenden und künftigen Leistungsfälle zusammen ausgerichtet, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Altersjahr (Schlussalter).

16 Rückfall

Die erneute Arbeitsunfähigkeit aus gleichem Krankheitsfall oder Unfall innerhalb von 365 Tagen gilt als Rückfall. Dabei entfällt die Anrechnung einer Wartefrist. Bereits erbrachte Taggelder werden zur Ermittlung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. Die erneute Arbeitsunfähigkeit aus gleichem Krankheitsfall oder Unfall gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist jedoch als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall wäh-

rend mindestens 365 aufeinanderfolgenden Tagen wegen dieser Krankheit oder den Folgen dieses Unfalls vollständig arbeitsfähig und nicht in ärztlicher Behandlung war.

Krankheiten oder Unfallfolgen gelten als gleich, wenn die festgestellten Beschwerdebilder in wesentlichen Teilen übereinstimmen bzw. wenn Unfallkausalität im Sinne des UVG besteht.

Arbeitsunfähigkeitstage von mindestens 50 % bei namentlich erwähnten Personen bzw. 25 % bei Arbeitnehmenden aus früheren, nicht von Helvetia entschädigten Arbeitsunfähigkeitsperioden werden bei einem Rückfall wie folgt berücksichtigt:

- bei vorbestandener Versicherungsdeckung werden die Tage sowohl an die Leistungsdauer als auch an die Wartefrist angerechnet;
- bei fehlender Versicherungsdeckung werden die Tage nur an die Leistungsdauer angerechnet.

Rückfälle nach Erlöschen oder Ausscheiden aus dem vorliegenden Kollektiv-Krankentaggeldvertrag sind nur im Rahmen einer allfälligen bei Helvetia abgeschlossenen Einzel-Krankentaggeldversicherung gedeckt.

17 Resterwerbsfähigkeit

Versichert ist der Lohn für das Pensum der Resterwerbsfähigkeit. Für die bestehende Teilerwerbsunfähigkeit ursächliche Leiden oder deren Verschlimmerung werden jedoch keine Leistungen erbracht. Falls Helvetia für das ursächliche Leiden leistungspflichtig gewesen ist und diese Leistungspflicht zur Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer geführt hat, werden keine weiteren Leistungen erbracht.

Bei namentlich erwähnten Personen besteht nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer kein Anspruch auf Leistungen bei einer Resterwerbsfähigkeit.

18 Nachleistungen

Bezieht eine versicherte Person beim Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis oder bei Beendigung des Vertrags bereits Leistungen, bleibt der Leistungsanspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die versicherten Leistungen sowie das Schlussalter auch nach diesem Zeitpunkt bestehen. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen mindestens 50 % bei namentlich erwähnten Personen bzw. 25 % bei Arbeitnehmenden beträgt. Bereits erbrachte Leistungen werden an die Leistungsdauer angerechnet.

Keine Nachleistungen werden erbracht, wenn

- der Vertrag bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird, der aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung der Taggeldzahlungen gewährleisten muss;
- der Arbeitsvertrag während der Probezeit gekündigt worden ist;
- es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis gehandelt hat.

19 Leistungskürzungen

19.1 Grobfahrlässigkeit

Helvetia verzichtet bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit auf das Recht, bei grobem Verschulden der versicherten Person ihre Leistungen zu kürzen. Bei Arbeitsunfähigkeit infolge eines Unfalls und dessen Folgen behält sich Helvetia das Recht vor, im Einzelfall gemäss UVG Kürzungen vorzunehmen.

19.2 Wagnis

Helvetia behält sich bei Arbeitsunfähigkeit infolge eines Unfalls und dessen Folgen das Recht vor, im Einzelfall gemäss UVG Kürzungen vorzunehmen oder in schweren Fällen Leistungen zu verweigern.

20 Schwangerschaft

Schwangerschaft gibt nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Leistungen.

21 Mutterschaft/Vaterschaft

Nach jeder Geburt, die nach dem sechsten Schwangerschaftsmonat erfolgt, ruht die Leistungspflicht für Taggelder während der Entschädigungsdauer einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung (z.B. Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG), jedoch mindestens während 8 Wochen.

Helvetia entrichtet beim Zusammentreffen von Leistungen aus dem vorliegenden Vertrag infolge krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit mit einer Vaterschaftsentschädigung gemäss EOG für die Dauer des Vaterschaftsurlaubs nur die Differenz zwischen der Vaterschaftsentschädigung und den Leistungen aus dem vorliegenden Vertrag.

22 Geburtentaggeld

Helvetia bezahlt für jede Geburt nach dem sechsten Schwangerschaftsmonat, sofern vertraglich vereinbart und in der Police bezeichnet, ein Geburtentaggeld in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG.

Ist die Schwangerschaft vor dem Beitritt zur Versicherung oder vor Einschluss des Geburtentaggelds eingetreten, wird das Geburtentaggeld für höchstens 21 Tage ausgerichtet.

Hat die Arbeitnehmende gleichzeitig Anrecht auf ein Krankentaggeld und ein Geburtentaggeld, wird nur die höhere der beiden Leistungen ausgerichtet.

Für namentlich erwähnte Personen ist die Versicherung eines Geburtentaggelds nicht möglich.

23 Unbezahlter Urlaub

Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterbesteht, längstens aber während 210 Tagen. Während der Dauer des unbezahlten Urlaubs besteht kein Anspruch auf Leistungen und es ist keine Prämie geschuldet.

Tritt die Arbeitsunfähigkeit während des unbezahlten Urlaubs ein, rechnet Helvetia die Tage vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur ursprünglich beabsichtigten Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit an die Wartefrist und die Leistungsdauer an.

Die Leistung richtet sich nach dem Einkommen, das die versicherte Person vor Antritt des unbezahlten Urlaubs erzielt hat.

24 Kuraufenthalt

Für Kuraufenthalte wird die Leistung während längstens 30 Tagen innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren gewährt. Helvetia ist 14 Tage vor Kurantritt ein die medizinische Notwendigkeit der Kur bestätigendes ärztliches Zeugnis einzureichen.

25 Befristeter Arbeitsvertrag / Praktikum / Probezeit / Lernende

Für versicherte Personen mit befristetem oder saisonalem Arbeitsvertrag oder im Praktikum endet die Leistungsdauer im Zeitpunkt des vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vereinbarten Endes des Arbeitsverhältnisses, spätestens aber nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer.

Für versicherte Personen, die sich zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit in der Probezeit befinden, ist die Leistungsdauer auf 30 Tage beschränkt.

Lernende sind den unbefristet angestellten Arbeitnehmenden gleichgestellt.

26 Ausland

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz ohne vorgängige schriftliche oder in einer anderen Textform verfassten Zustimmung von Helvetia ins Ausland oder verlegt sie ihren Wohnsitz ins Ausland, so hat sie ab diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen. Ein Leistungsanspruch entsteht erst wieder im Zeitpunkt der Rückkehr in die Schweiz. Zur Berechnung der Leistungsdauer sowie der Wartefrist zählen Tage ohne Leistungsanspruch voll.

Für Grenzgänger gilt die Leistungseinschränkung nach Abs. 1 sinngemäss, sobald sie nicht mehr in grenznaher Umgebung zur Schweiz (Radius von 30 km) wohnen.

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit ein, während eine versicherte Person sich im Ausland aufhält, besteht ein Leistungsanspruch nur, solange aufgrund von Krankheit ein Spitalaufenthalt im Ausland medizinisch notwendig und die Rückkehr in die Schweiz nicht möglich ist. Die Tage des Auslandsaufenthalts mit Arbeitsunfähigkeit werden an die

Wartefrist und die Leistungsdauer angerechnet, selbst wenn dafür kein Taggeld geleistet wird.

Für Grenzgänger gilt die Regelung nach Abs. 3 hinsichtlich Rückkehr an ihren Wohnort in grenznaher Umgebung zur Schweiz (Radius von 30 km).

Mit Erlöschen der Arbeits- bzw. Aufenthaltsbewilligung erlischt in jedem Fall auch der Leistungsanspruch.

Die vorherigen Regelungen gelangen auch bei Nachleistungen (Ziffer 18) zur Anwendung.

Mit Bezug auf die vorherigen Regelungen ist das Fürstentum Liechtenstein der Schweiz gleichgestellt.

27 Pensionierte Personen

Für Personen, die infolge ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung aus dem versicherten Betrieb ausscheiden, werden ab dem Zeitpunkt des Austritts keine Leistungen mehr ausgerichtet.

Bei Teilpensionierung erfolgt eine Reduktion des Taggelds im Umfang der Teilpensionierung.

28 Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug

Falls es während einer Arbeitsunfähigkeit zu Untersuchungshaft, Straf- oder Massnahmenvollzug kommt, sind für diese Zeit keine Leistungen geschuldet. Die nicht entschädigten Tage werden als ganze Tage an die Wartefrist und die Leistungsdauer angerechnet.

29 Koordination mit Leistungen Dritter

Sofern ein haftpflichtiger Dritter oder sein Versicherer bereits Ersatz für Erwerbs- bzw. Lohnausfall geleistet hat, entrichtet Helvetia nur den noch verbleibenden Erwerbs- bzw. Lohnausfall, höchstens aber die durch diesen Vertrag versicherten Leistungen. Wird Helvetia anstelle des Haftpflichtigen belangt, so ist die versicherte Person verpflichtet, Helvetia ihre Haftpflichtansprüche bis zum Betrag der getätigten Aufwendungen abzutreten.

Bestehen für das Taggeld mehrere Versicherungsverträge, so wird der Erwerbs- bzw. Lohnausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Die Leistungen, welche Helvetia erbringt, entsprechen dem Verhältnis der durch sie gedeckten Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer.

In Fällen, die von der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Erwerbsersatzordnung (EO), einer betrieblichen Versicherung, der Eidg. Militärversicherung (MV), eines UVG-Versicherers oder einer ausländischen Sozialversicherung entschädigt werden, entrichtet Helvetia nur die Differenz zwischen diesen Leistungen und den Leistungen gemäss dem vorliegenden Vertrag.

Steht die Leistung der IV, der EO, einer betrieblichen Versicherung, der MV, eines UVG-Versicherers oder einer ausländischen Sozialversicherung noch nicht fest, so erbringt Helvetia ihre Leistung im Sinne einer Vorleistung, sofern die versicherte Person ihre Leis-

tungsansprüche gegenüber diesen Institutionen an Helvetia bis zum Betrag der Vorleistungen abgetreten hat. Helvetia hat hierauf das Recht, ihre Ansprüche bei diesen Institutionen direkt geltend zu machen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, Helvetia sämtliche Tagelder oder Renten leistenden Versicherer und Institutionen sowie den haftpflichtigen Dritten und dessen Versicherer schriftlich oder in einer anderen Textform mitzuteilen.

Tritt die versicherte Person ihre Leistungsansprüche gegenüber dem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer oder gegenüber den vorerwähnten Institutionen nicht an Helvetia ab, stellt Helvetia ihre Leistungen ein.

Tage mit Teilleistungen oder keiner Leistung infolge Kürzung aufgrund eines Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartefrist als ganze Tage.

Kürzt ein anderer Versicherer oder eine vorerwähnte Institution die Leistungen aus Gründen, die auch Helvetia zu einer Leistungskürzung berechtigen, so ersetzt Helvetia den durch die Kürzung bedingten Ausfall nicht.

Keine Leistungspflicht seitens Helvetia besteht, wenn die versicherte Person ohne Zustimmung von Helvetia mit einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer oder einer vorerwähnten Institution eine Vereinbarung trifft, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichtet.

30 Überentschädigung

Das Zusammentreffen von Leistungen aus dem vorliegenden Vertrag mit Leistungen von Sozialversicherern für Erwerbs- bzw. Lohnausfall darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen.

Die Leistungen aus dem vorliegenden Vertrag werden komplementär zu den Leistungen von in- und ausländischen Sozialversicherern erbracht.

31 Quellensteuerpflichtige Versicherte

Sofern der Versicherungsnehmer Versicherungsleistungen für quellensteuerpflichtige Versicherte erhält, ist dieser für die ordnungsgemässe Abrechnung mit der zuständigen Steuerbehörde verpflichtet.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht oder nicht in genügendem Ausmass nach und wird an dessen Stelle Helvetia von der Steuerbehörde belangt, so steht ihr ein Rückgriffsrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

32 Auszahlung

Die Leistung wird spätestens 4 Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, in dem Helvetia die für die Feststellung ihrer Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat.

Erbringt Helvetia zu Unrecht oder irrtümlich zu viel Leistung, muss die fälschlicherweise erbrachte Leistung vom Empfänger auf schriftliche oder in einer anderen Textform verfassten Aufforderung hin Helvetia zurückbezahlt werden.

33 Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung

Scheidet ein Versicherter aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis zum Versicherungsnehmer aus oder wird der Versicherungsvertrag aufgehoben, so kann der Versicherte, sofern er das ordentliche AHV-Rentenalter noch nicht erreicht und seinen Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein hat, innert 90 Tagen ab Ausscheiden aus dem arbeitsvertraglichen Verhältnis oder ab Zeitpunkt der Aufhebung des Versicherungsvertrags schriftlich oder in einer anderen Textform den Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung verlangen. Seine Versicherung wird alsdann unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse als Einzel-Krankentaggeldvertrag weitergeführt. Das Taggeld darf den effektiven Verdienstausschlag bzw. die Höhe des Arbeitslosentaggelds nicht übersteigen. Gegebenenfalls werden die Leistungen in dem Masse reduziert, als die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit freiwillig herabsetzt oder aufgibt. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Art. 73 KVG (Leistungs koordinierung mit der Arbeitslosenversicherung). Es können nur Leistungsarten versichert werden, die bisher schon versichert waren.

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherten über das Übertrittsrecht und über die Frist für die Geltendmachung des Übertritts vor dem Ausscheiden aus dem Betrieb oder vor dem Zeitpunkt der Vertragsaufhebung schriftlich oder in einer anderen Textform zu informieren. Versäumt der Arbeitgeber den entsprechenden Versicherten rechtzeitig zu informieren, ist Helvetia nicht verpflichtet, den Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung zu gewähren. Vorbehalten bleibt Art. 100 Abs. 2 VVG.

Die Weiterführung der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung erfolgt im Rahmen der im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen für die Einzel-Krankentaggeldversicherung. Für die Prämienberechnung ist das Alter des Versicherten zur Zeit des Eintritts in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung massgebend.

Wurde bei einem Arbeitnehmenden die maximale Leistungsdauer ausgeschöpft, so beschränkt sich sein Übertrittsrecht auf die noch verbleibende Arbeitsfähigkeit (Resterwerbsfähigkeit). Für das Leiden, welches zum Erlöschen der Anspruchsberechtigung geführt hat, werden keine weiteren Leistungen mehr erbracht.

Für Leistungsfälle, die im Zeitpunkt des Übertritts bereits entschädigungspflichtig waren, aber noch nicht abgeschlossen sind, wird das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die versicherten Leistungen zu Lasten des Kollektiv-Krankentaggeldvertrags weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer BVG-Rente. Bei Rückfällen innert 365 Tagen werden die Tage, für die Taggelder aus dem vorliegenden Vertrag erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der Einzel-Krankentaggeldversicherung angerechnet. Dieselbe Regelung gilt für Leistungsfälle, welche sich zur Zeit des Übertritts in der Wartefrist befinden.

Es besteht kein Übertrittsrecht

- bei Auflösung des vorliegenden Vertrags oder Teilen davon und der Weiterführung der Versicherung bei einem anderen Versicherer;
- für namentlich erwähnte Personen;
- für Arbeitnehmende, die aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung nicht mehr versichert sind;
- für Arbeitnehmende bei Stellenwechsel und der Möglichkeit des Eintritts in die Versicherung des neuen Arbeitgebers;
- für Arbeitnehmende nach Erschöpfung der maximalen, in der Police bezeichneten Leistungsdauer;
- für Arbeitnehmende, die im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz arbeitsunfähig sind und/oder Nachleistungen beziehen;
- für Arbeitnehmende mit einem befristeten Arbeitsvertrag;
- für Arbeitnehmende, die sich in der Probezeit befinden;
- für Arbeitnehmende, die gelegentlich als Hilfspersonal beschäftigt werden;
- für Arbeitnehmende mit Wohnsitz im Ausland oder bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
- für Arbeitnehmende, welche infolge ordentlicher oder vorzeitiger Pensionierung aus dem versicherten Betrieb austreten;
- bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs gemäss Art. 40 VVG.

Die zum Zeitpunkt des Austritts aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ganz oder teilweise arbeitsunfähigen Personen haben im Rahmen der im Kollektiv-Krankentaggeldvertrag versicherten Leistungen Anspruch auf Nachleistungen. Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung. Ein Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung ist erst ab diesem Zeitpunkt möglich. Helvetia informiert in diesem Fall die versicherte Person schriftlich oder in einer anderen Textform über das Übertrittsrecht, die Übertrittsfrist und den Beginn des Einzel-Krankentaggeldvertrags. Die versicherte Person hat das Übertrittsrecht innert 90 Tagen nach erfolgter Mitteilung schriftlich oder in einer anderen Textform geltend zu machen.

F Verhaltenspflichten

34 Frist für die Anmeldung eines Leistungsfalls

Wer Taggelderleistungen beziehen will, hat spätestens 5 Tage nach Ablauf der Wartefrist elektronisch (z.B. via Sunet), schriftlich oder in einer anderen Textform einen Leistungsfall anzumelden. Ist jedoch eine Wartefrist von mehr als 30 Tagen vereinbart, hat die Anmeldung spätestens nach 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Zusammen mit der Anmeldung ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes einzureichen.

Trifft die Anmeldung später ein, werden Leistungen frühestens ab dem Tag des Eintreffens der Anmeldung unter Anrechnung der bisherigen Arbeitsunfähigkeit an die Leistungsdauer erbracht.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, benötigt Helvetia monatlich ein ärztliches Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Ein Leistungsanspruch auf Geburtentaggeld ist Helvetia innert 30 Tagen nach erfolgter Abrechnung der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen unter Beilage einer Kopie der Abrechnung der Ausgleichskasse anzumelden. Der Anspruch auf Leistungen erlischt, wenn dieser nicht innert 2 Jahren nach erfolgter Abrechnung der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen Helvetia mitgeteilt wird.

35 Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über die Verhaltenspflichten im Leistungsfall.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen Helvetia unverzüglich informieren, sobald sie Kenntnis von einem Krankheitsfall/Unfall haben, der voraussichtlich zu einem Leistungsanspruch führt.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person unternehmen alles, was der Abklärung der Krankheit/des Unfalls und der Folgen dienen kann. Helvetia vergütet keine diesbezüglichen Kosten. Die Ärzte, die die versicherte Person behandeln oder behandelt haben, sind Helvetia gegenüber von der beruflichen Schweigepflicht zu entbinden.

Die Case Manager von Helvetia sind berechtigt, zur Klärung des Leistungsfalls mit der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer Gespräche sowie Arbeitsplatzabklärungen durchzuführen. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen Helvetia bei den Abklärungen in geeigneter Weise unterstützen.

Der Versicherungsnehmer gewährt Helvetia auf Anfrage hin Einsicht in seine Geschäftsbücher und die entsprechenden Belege.

Helvetia ist berechtigt, zur Prüfung ihrer Leistungspflicht Informationen einzuholen. Darunter fallen beispielsweise ärztliche Zeugnisse, Berichte, Lohn- und AHV-Abrechnungen, amtliche Akten oder andere zweckdienliche Auskünfte.

36 Beizug eines zugelassenen Arztes

Bei einer Krankheit oder einem Unfall zieht die versicherte Person einen zugelassenen Arzt bzw. spätestens nach dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit einen Facharzt bei und sorgt für fachgemässe Behandlung. Die versicherte Person folgt den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals. Jede versicherte Person ist verpflichtet, sich einer Untersuchung oder Begutachtung durch Ärzte, die Helvetia beauftragt hat, zu unterziehen.

Wechsel des Arztes: Wird der Arzt gewechselt, der den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bestimmte, ist Helvetia innert 5 Arbeitstagen zu informieren.

37 Schadenminderungspflicht

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben alles Zumutbare zu unternehmen, um die Genesung zu fördern und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit so kurz wie möglich zu halten. Helvetia vergütet keine diesbezüglichen Kosten.

Die versicherte Person unterlässt alles, was mit der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit dem Bezug von Taggeldern nicht zu vereinbaren ist und den Heilungsverlauf gefährdet oder verzögert.

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

Sofern eine in ihrem angestammten Beruf arbeitsunfähige versicherte Person nicht innerhalb des Betriebs eingegliedert werden kann, ist sie gehalten, innert 3 Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und ihre allfällige verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten.

Wird die Resterwerbsfähigkeit nicht verwertet, so erfolgt die Leistungsberechnung unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht der versicherten Person.

38 Zusammenarbeit mit der IV

Die versicherte Person hat sich zur Früherfassung und Frühintervention bei der zuständigen IV-Stelle zu melden, wenn sie während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahrs wiederholt Kurzabsenzen aufweist.

Spätestens 6 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat sich die versicherte Person zusätzlich bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anzumelden. Die Meldung zur Früherfassung gilt nicht als Anmeldung für Leistungen der IV.

Falls die versicherte Person die Anmeldung zum Leistungsbezug unterlässt, kann Helvetia die Leistungen um den Betrag der verpassten IV-Leistungen kürzen oder erbrachte Leistungen in diesem Umfang von der versicherten Person zurückfordern.

39 Folgen bei Nichtbeachtung der Verhaltenspflichten

Werden die oben ausgeführten Verhaltenspflichten verletzt, kann Helvetia ihre Leistungen kürzen oder verweigern.

G Prämie/AVB/Überschussbeteiligung

40 Prämiensatz/Prämientarif

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Prämiensätze sind in der Police bezeichnet. Diese basieren auf einem für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung geltenden Prämientarif.

40.1 Anpassung des Prämiensatzes

Auf Beginn eines Versicherungsjahrs kann Helvetia die Prämiensätze aufgrund des vertragsindividuellen Leistungsverlaufs anpassen. Übersteigt die Summe der Leistungen (inkl. Rückstellungen für laufende Leistungsfälle) 70% der verdienten Prämie, kann Helvetia

die Prämiensätze anpassen. Als Beobachtungsperiode gelten das laufende und alle bei Helvetia versicherten vorangegangenen Versicherungsjahre, jedoch maximal 6 Jahre.

Für die Prämiensatzbestimmung wird neben der individuellen Schadenerfahrung auch die kollektive Schadenerfahrung berücksichtigt. Das mathematische Modell der Erfahrungstarifizierung orientiert sich an den Prämien, den erbrachten Leistungen (inkl. Rückstellungen), der Frequenz der Leistungsfälle sowie am kollektiven Schadenverlauf. Kundenspezifische Risikokriterien wie Schadentendenz und ungünstige Schadenprognose können zu kundenindividuellen Anpassungen in der Berechnung führen.

Helvetia gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Prämiensätze spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahrs bekannt. Ist der Versicherungsnehmer im Falle einer Prämiensatzerhöhung nicht einverstanden, kann er die von den Änderungen betroffenen Teile des Vertrags oder den gesamten Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahrs kündigen. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Textform erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahrs bei Helvetia eintreffen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit den neuen Prämiensätzen weiterzuführen.

40.2 Anpassung des Prämientarifs

Ändert während der Vertragsdauer der Prämientarif, so kann Helvetia die Anpassung des Vertrags vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen.

Für namentlich erwähnte Personen kann Helvetia die Prämiensätze, aufgrund des aktuellen Alters der versicherten Personen, an den aktuell gültigen Tarif anpassen.

Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neuen Prämiensätze spätestens 30 Tage vor Ende des laufenden Versicherungsjahrs bekannt zu geben.

Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die von den Änderungen betroffenen Teile des Vertrags oder den gesamten Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahrs zu kündigen. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Textform erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahrs bei Helvetia eintreffen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit den neuen Prämiensätzen weiterzuführen.

41 Prämienabrechnung

Wurde eine provisorische Gesamtjahresprämie vereinbart – also eine Vorausprämie –, werden die definitiven Prämien aufgrund der Angaben berechnet, die der Versicherungsnehmer Helvetia per Ende jeden Jahrs oder nach Auflösung des Vertrags melden muss. Der Versicherungsnehmer kann die vollständigen Lohnangaben innert 30 Tagen nach erhaltener Aufforderung Helvetia entweder auf elektronischem Weg (Webportal oder ELM) oder mittels Deklarationsformular mitteilen.

Massgebend für die Berechnung der definitiven Prämien ist das AHV-pflichtige Einkommen der Arbeitnehmenden, jedoch höchstens der in der Police bezeichnete Höchstlohn pro Person und Jahr. Beitragspflichtig sind auch Löhne, die wegen der bilateralen Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der EU/EFTA oder wegen des Alters der versicherten Person nicht AHV-pflichtig sind.

Für die Berechnung der Prämien der namentlich erwähnten Personen sind die in der Police bezeichneten Erwerbseinkommen massgebend.

Zur Überprüfung der Angaben ist Helvetia berechtigt, alle massgeblichen Unterlagen des Unternehmens einzusehen – Lohnaufzeichnungen, Belege usw. – und eine Kopie der AHV-Deklaration einzuverlangen. Helvetia ist berechtigt, auch direkt bei der AHV die erforderlichen Unterlagen einzusehen. Helvetia garantiert für die vertrauliche Behandlung der erlangten Informationen und Unterlagen.

Zahlungen aus Mehrprämien und Rückzahlungen aus Minderprämien werden mit Zustellung der Abrechnung fällig. Saldi von weniger als CHF 10 werden aus Kostengründen weder erhoben noch zurückerstattet.

Die definitive Prämie des Vorjahrs gilt als neue provisorische Gesamtjahresprämie für das folgende Versicherungsjahr.

Versäumt es der Versicherungsnehmer trotz Mahnung, die für die Festsetzung der definitiven Prämie erforderlichen Angaben in der von Helvetia gesetzten Frist zu machen, legt Helvetia die Prämie durch Schätzung fest.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, indem er eine Kopie der AHV-Deklaration einreicht, eine von Helvetia geschätzte Prämie innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung schriftlich oder in anderer Textform zu beanstanden. Trifft die Beanstandung nicht vor Ablauf dieser Frist bei Helvetia ein, gilt die geschätzte Prämie als akzeptiert.

42 Prämienzahlung

Die Prämie ist ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus am Verfalltag zur Zahlung fällig. Bei Ratenzahlung bleibt die ganze Jahresprämie geschuldet. Ist nichts anderes vereinbart, gilt der 1. Januar als Hauptprämienverfall und das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die im Verlaufe des Versicherungsjahrs fällig werdenden Raten bloss als gestundet. Helvetia kann für jede Rate einen Zuschlag erheben.

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.

Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahrs aufgehoben, erstattet Helvetia die bezahlte Prämie zurück, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt. Raten, die später fällig werden, fordert Helvetia nicht mehr ein.

Die Bestimmungen über die Prämienabrechnung bleiben vorbehalten.

Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr bleibt jedoch ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Leistungsfall innerhalb eines Jahrs seit Vertragsabschluss kündigt.

43 Zahlungsverzug und Mahnfolgen

Wird die Prämie nicht termingerecht entrichtet, fordert Helvetia den Versicherungsnehmer schriftlich oder in einer anderen Textform unter Hinweis auf die Säumnisfolgen zur Zahlung innert 14 Tagen, von der Absendung der gesetzlichen Mahnung angerechnet, auf. Bleibt die gesetzliche Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht von Helvetia (Deckungsunterbruch).

Für eine Arbeitsunfähigkeit, die während des Deckungsunterbruchs entsteht, besteht auch bei vollständiger Bezahlung der rückständigen Prämie samt Zinsen und Kosten keine Leistungspflicht.

44 AVB

Helvetia kann dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Vertrags oder vor Ende jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs neue AVB mit Wirksamkeit ab dem neuen Versicherungsjahr schriftlich oder in einer anderen Textform bekanntgeben.

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahrs kündigen. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Textform erfolgen und bis spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahrs bei Helvetia eintreffen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung, den Vertrag im bisherigen Umfang mit den neuen AVB weiterzuführen.

45 Überschussbeteiligung

Ist der Vertrag mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, vergütet Helvetia dem Versicherungsnehmer nach Ablauf der vereinbarten Beobachtungsperiode einen Anteil am allfälligen Überschuss. Die Überschussmodalitäten sind in der Police festgehalten. Bei einer Vertragsänderung können die Überschussmodalitäten dem neuen Prämientotal angepasst werden. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Beobachtungsperiode aufgehoben wird.

Der Überschuss wird ermittelt, indem die ausbezahlten Versicherungsleistungen für die während der Beobachtungsperiode eingetretenen Leistungsfälle von der massgebenden, auf die Beobachtungsperiode entfallende Prämie abgezogen werden.

Sind auf Ende einer Beobachtungsperiode noch Leistungsfälle hängig, wird die Abrechnung der Überschussbeteiligung bis zu deren Erledigung zurückgestellt. Ein allfälliger negativer Saldo aus einer Beobachtungsperiode wird nicht auf die folgende Periode vorgetragen.

Werden nach erfolgter Überschussabrechnung noch Zahlungen für Leistungsfälle erbracht oder erfolgt rückwirkend eine Prämienanpassung, welche in eine abgeschlossene Beobachtungsperiode fallen, wird eine Korrektur der Überschussabrechnung erstellt. Allenfalls bereits erfolgte Überschussvergütungen kann Helvetia zurückfordern.

H Abkürzungen

AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
EOG	Bundesgesetz über den Erwerbsersatz
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des schweizerischen Zivilgesetzbuches (fünfter Teil: Obligationenrecht)
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

