

Kollektive Taggeldversicherung nach KVG

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 01.2017**

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen der Versicherung	2
Art. 1	Versicherer	2
Art. 2	Gegenstand der Versicherung	2
Art. 3	Vertragsgrundlagen	2
Art. 4	Definitionen	2
Art. 5	Örtlicher Geltungsbereich	2
II	Beginn und Ende	2
Art. 6	Versicherungsvertrag	2
Art. 7	Versicherungsdeckung	3
Art. 8	Übertritt in die Einzelversicherung	3
III	Prämien	3
Art. 9	Prämienabrechnung	3
Art. 10	Zahlungsverzug	4
Art. 11	Änderung der Prämien	4

IV	Leistungen	4
Art. 12	Leistungsfall	4
Art. 13	Allgemeine Bedingungen	4
Art. 14	Kürzung und Verweigerung von Leistungen	5
Art. 15	Beginn und Dauer der Leistungserbringung	5
Art. 16	Berechnung der Taggeldleistungen	5
Art. 17	Leistungen der Mutterschaftstaggeldversicherung	5
Art. 18	Leistungskürzungen und Rückzahlungspflicht	5
V	Pflichten	6
Art. 19	Allgemein	6
Art. 20	Pflichten des Versicherungsnehmers	6
Art. 21	Pflichten der versicherten Person	6
VI	Schlussbestimmungen	6
Art. 22	Abtretung, Verpfändung und andere Vereinbarungen	6
Art. 23	Quellensteuer im Leistungsfall	6
Art. 24	Mitteilungen	6
Art. 25	Rechtsmittel	6

Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind weitgehend in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten sie auch für weibliche und juristische Personen.

I Grundlagen der Versicherung

Art. 1 Versicherer

Rechtsträger der vorliegenden Versicherung ist die CSS Kranken-Versicherung AG (nachstehend «CSS»).

Art. 2 Gegenstand der Versicherung

Die CSS versichert den Versicherungsnehmer gegen die finanziellen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person aufgrund von Krankheit oder Mutterschaft und, sofern vereinbart, aufgrund eines Unfalls.

Es handelt sich um eine Taggeldversicherung gemäss den Artikeln 67 ff. des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Art. 3 Vertragsgrundlagen

Sofern kein Bundesgesetz zwingend Anwendung findet, gelten die folgenden Bestimmungen:

- die Versicherungspolice,
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
- allfällige Zusatzbedingungen, soweit sie in der Police erwähnt sind,
- allfällige besondere Vereinbarungen wie ein Rahmenvertrag mit einem Berufsverband oder ein Gesamtarbeitsvertrag, soweit sie in der Police als besondere Versicherungsbedingungen aufgeführt sind,
- der vom Versicherungsnehmer unterzeichnete Versicherungsantrag.

Art. 4 Definitionen

4.1 Krankheit

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

4.2 Unfall

Ein 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.

4.3 Mutterschaft

Mutterschaft umfasst die Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit.

4.4 Arbeitsunfähigkeit

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

4.5 Arzt

Als Arzt gilt der zur Berufsausübung zugelassene, eidgenössisch diplomierte oder durch ein gleichwertiges kantonales oder ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesene Arzt.

4.6 Versicherungsnehmer

Als Versicherungsnehmer gilt diejenige natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abschliesst. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person können identisch sein.

4.7 Mitversicherte Betriebe

Mitversicherte Betriebe sind die in der Police einzeln aufgeführten Haupt- und Nebenbetriebe, Filialen sowie Tochtergesellschaften des Versicherungsnehmers.

4.8 Versicherte Personen

Versichert sind die Personen oder Personenkreise, die in der Police angegeben sind (nachstehend «versicherte Personen»), die bei einem Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) als Arbeitnehmer im Sinne des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) eine Erwerbstätigkeit ausüben, sofern ein gültiger Arbeitsvertrag mit dem Versicherungsnehmer geschlossen wurde und fortbesteht und die versicherten Personen:

- der schweizerischen AHV unterstellt sind und
- noch nicht das Rentenalter gemäss AHV erreicht haben oder nicht vorzeitig pensioniert worden sind.

Arbeitgeber, Einzelunternehmen, Selbstständigerwerbende und deren im versicherten Unternehmen mitarbeitende Familienangehörige, die der obligatorischen Unfallversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) nicht unterstellt sind, werden versichert, sofern:

- sie in der Police namentlich aufgeführt sind,
- die Geschäftstätigkeit nicht eingestellt wurde und
- sie noch nicht das Rentenalter gemäss AHV erreicht haben oder nicht vorzeitig pensioniert worden sind.

Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person identisch, gelten die Rechte und Pflichten aus den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die versicherte Person ebenso wie für den Versicherungsnehmer und umgekehrt, ohne dass ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Die vorliegende Versicherung kann von und für Personen mit Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz abgeschlossen werden. Die CSS gewährt Grenzgängern die gleichen Tagelder wie versicherten Personen, die ihren Wohnsitz oder Aufenthaltsort in der Schweiz haben. Als Grenzgänger gelten Arbeitnehmer, die über eine Aufenthaltsbewilligung G verfügen.

II Beginn und Ende

Art. 6 Versicherungsvertrag

6.1 Beginn

Der Versicherungsvertrag beginnt an dem in der Police aufgeführten Datum.

6.2 Dauer

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Police festgelegte Dauer abgeschlossen. Nach Ablauf dieser Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn keine ordnungsgemässe schriftliche Kündigung erfolgt. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Vertragsablauf schriftlich beim Vertragspartner eingegangen sein. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

6.3 **Ende**
Der Versicherungsvertrag endet bei Kündigung, bei Einstellung der Geschäftstätigkeit oder bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland.

6.4 **Kündigung im Schadenfall**
Nach jedem Schadenfall, für den die CSS Leistungen erbracht hat, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag bis spätestens 14 Tage nach Erhalt der Zahlung schriftlich zu kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eingang der Kündigung bei der CSS.

6.5 **Verdacht auf Betrug oder Betrugsversuch**
Die CSS hat ferner das Recht, den Versicherungsvertrag schriftlich zum Ende eines Monats zu kündigen, wenn Verdacht auf Betrug oder einen Betrugsversuch des Versicherungsnehmers besteht. In diesem Fall kann die CSS den Versicherungsvertrag kündigen, ohne dass ein Strafverfahren eingeleitet worden ist.

Art. 7 Versicherungsdeckung

7.1 **Beginn**
Die Versicherungsdeckung beginnt an dem in der Versicherungspolice festgelegten Datum. Bei einer neu aufgenommenen versicherten Person beginnt die Versicherungsdeckung an dem Tag, an dem sie die Arbeit im versicherten Unternehmen effektiv aufnimmt.

7.2 **Ende**
Der Versicherungsschutz erlischt für die versicherte Person:
– mit dem Erlöschen des Versicherungsvertrages, insbesondere durch Kündigung oder Einstellung der Geschäftstätigkeit,
– für die Dauer einer Arbeitsunterbrechung ohne Lohnanspruch (Sistierung der Deckung),
– mit Eintritt des Rentenalters gemäss den Regeln der AHV oder mit einer vorzeitigen Pensionierung,
– bei Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen,
– im Falle einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses per Austrittsdatum aus dem versicherten Unternehmen,
– nach Überschreiten des Auslandsaufenthaltes von mehr als zwölf aufeinander folgenden Monaten,
– im Todesfall,
– wenn die gesamte im Vertrag aufgeführte Leistungsdauer erreicht ist (Aussteuerung).

Art. 8 Übertritt in die Einzelversicherung

8.1 **Informationspflicht**
Der Versicherungsnehmer muss die versicherte Person, die aus der Kollektivversicherung austritt, spätestens an ihrem letzten Arbeitstag schriftlich informieren (Informationspflicht des Versicherungsnehmers) über:
a) ihr Übertrittsrecht in die Einzelversicherung,
b) die dafür vorgesehene Frist und
c) die Folgen in dem Fall, dass ein solcher Übertritt nicht erfolgt.

Bei Nichteinhaltung der Informationspflicht durch den Versicherungsnehmer verbleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Diesfalls haftet der Versicherungsnehmer für die daraus entstandenen Schäden für die CSS. Ist der Versicherungsnehmer gleichzeitig die versicherte Person, wird davon ausgegangen, dass der versicherten Person ihr Übertrittsrecht nach Unterzeichnung des Versicherungsantrags bekannt ist.

8.2 Bei Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen oder bei Auflösung des Versicherungsvertrages hat die versicherte Person das Recht, ohne Gesundheitsprüfung in die

Einzelversicherung der CSS überzutreten. Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen nach dem Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen oder nach Auflösung des Versicherungsvertrages oder nach dem Ende des Leistungsbezugs geltend zu machen. Die Einzelversicherung beginnt entweder an dem Tag nach dem Ende der durch den Kollektivversicherungsvertrag gewährten Versicherungsdeckung oder am Ende des Leistungsbezugs. Massgebend ist das Datum, an dem die CSS die Mitteilung erhält.

8.3 Für versicherte Personen, die nach dem Austritt aus dem Kollektivvertrag als arbeitslos gemäss Artikel 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AViG) gemeldet sind, gilt das Übertrittsrecht für einen Zeitraum von 90 Tagen nach Erhalt der Mitteilung gemäss Artikel 8.1 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Massgebend ist das Datum, an dem die CSS die Mitteilung erhält.

8.4 Bei Übertritt in die Einzelversicherung gewährt die CSS die Weiterführung der im Kollektivvertrag vorgesehenen Leistungen gemäss den zum Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bedingungen und Tarifen der Einzelversicherung. Die Leistungen werden im Zeitpunkt des Übertritts jeweils am Grad der Erwerbstätigkeit der versicherten Person angepasst.

8.5 Ist die versicherte Person zur Zeit des Übertritts arbeitsunfähig oder erleidet sie nach dem Übertritt einen Rückfall, werden Tage, für die aus dem Kollektivvertrag Leistungen erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der neuen Einzelversicherung angerechnet. Die Wartezeit wird dabei nicht nochmals angerechnet. Ein Anspruch auf Prämienbefreiung ist ausgeschlossen.

8.6 Arbeitslose versicherte Personen haben das Recht, gegen Prämienanpassung die Wartezeit auf 30 Tage pro Leistungsfall anzupassen.

8.7 Für neue Fälle, die über die Einzeltaggeldversicherung entschädigt werden, gelten die Bestimmungen des neuen Einzelversicherungsvertrages.

8.8 Kein Übertrittsrecht besteht:
– bei Stellenwechsel und Übertritt zur Versicherung des neuen Arbeitgebers,
– bei Erlöschen des Versicherungsvertrages und Weiterversicherung desselben Personenkreises oder Teilen davon bei einem anderen Versicherer,
– für versicherte Personen, die das AHV-Alter gemäss AHVG erreicht haben, oder bei vorzeitiger Pensionierung,
– bei Wohnsitzverlegung ins Ausland.

III Prämien

Art. 9 Prämienabrechnung

9.1 Zu Beginn des Versicherungsjahres wird eine vorläufige Prämie in Rechnung gestellt. Im ersten Versicherungsjahr wird sie wie folgt berechnet:
– bei Einzelunternehmen und Selbstständigerwerbenden (der Versicherungsnehmer ist gleichzeitig die versicherte Person) auf der Grundlage des aus der letzten Steuerverfügung hervorgehenden Jahreslohns, -einkommens oder -verdienstes,
– bei anderen Unternehmen auf der Grundlage der vertraglich vereinbarten provisorischen Jahreslohnsummen.

Die definitive Prämie wird auf der Grundlage der vom Versicherungsnehmer jährlich per Ende Versicherungsjahr, nach Auflösung des Vertrages oder bei Einzelunternehmen spätestens zwei Monate nach dem Jahresabschluss zu liefernden Angaben berechnet. Hierfür erhält

der Versicherungsnehmer von der CSS jeweils ein Deklarationsformular sowie die dazugehörige Wegleitung. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

- 9.2 Die definitiv ermittelte Prämie gilt als künftige provisorische Prämie.
- 9.3 Eine Teilzahlung ist mit einem Prämienzuschlag möglich. Einzelheiten sind in der Police festgelegt.
- 9.4 Massgebend für die Berechnung der Prämien ist der beitragspflichtige Lohn gemäss AHVG, jedoch höchstens der in der Police bezeichnete maximal versicherbare Verdienst pro Jahr und Person. Bei einer wesentlichen Änderung der Lohnsumme oder des in der Police angegebenen Lohns, Einkommens oder Verdienstes hat der Versicherungsnehmer die CSS unaufgefordert zu informieren.
- 9.5 Zur Überprüfung der vom Versicherungsnehmer gemachten Angaben hat die CSS das Recht, alle massgeblichen Unterlagen des Betriebs einzusehen oder von einem von der CSS beauftragten Dritten überprüfen zu lassen.
- 9.6 Versäumt es der Versicherungsnehmer, der CSS in der von ihr gesetzten Frist die für die Berechnung der definitiven Prämie erforderlichen Angaben zu machen, setzt die CSS die Prämie durch Schätzung fest. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die geschätzte Prämie innert 30 Tagen nach Eintreffen der Prämienabrechnung mit den für die Korrektur benötigten Unterlagen zu beanstanden. Trifft die Beanstandung nicht vor Ablauf der Frist bei der CSS ein, gilt die geschätzte Prämie als akzeptiert.

Art. 10 Zahlungsverzug

- 10.1 Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer. Wird die Prämie oder Teilprämie nicht in der auf der Prämienabrechnung angegebenen Frist entrichtet, wird der Versicherungsnehmer aufgefordert, innert 14 Tagen vom Versanddatum der Mahnung an gerechnet der Zahlung Folge zu leisten.
- 10.2 Vorbehaltlich der Artikel 20 Abs. 2 und 22 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kann die CSS fällige Leistungen mit den vom Versicherungsnehmer geschuldeten Beiträgen bzw. mit dem Anteil der versicherten Person am Prämienbeitrag verrechnen. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben kein Recht, gegenüber der CSS nicht gezahlte Prämien mit fälligen Leistungen zu verrechnen.
- 10.3 Die CSS kann Verzugszinsen in der Höhe von 5% pro Jahr auf den geschuldeten Betrag erheben. Auslagen der CSS für Verwaltungskosten, Mahnungen und Betreibungen fallen zulasten des Versicherungsnehmers.

Art. 11 Änderung der Prämien

- 11.1 Aufgrund des Schadenverlaufs sowie nach Massgabe der in Abs. 2 nachfolgend dargestellten Kriterien kann sich die Risiko- und Prämienkalkulation ändern. Die CSS kann daher die Prämie auf das folgende Versicherungsjahr anpassen. Wird die Prämie angepasst, hat die CSS dem Versicherungsnehmer die neuen Prämienätze spätestens zwei Monate vor dem Inkrafttreten bekannt zu geben. Ist der Versicherungsnehmer mit den neuen Prämienätzen nicht einverstanden, kann er den Vertrag im Falle einer in Abs. 2 erwähnten Situation auf Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Die schriftliche Kündigung muss spätestens am letzten Tag des laufenden Versicherungsjahres bei der CSS eingehen. Reagiert der Versicherungsnehmer in der vorgenannten Frist nicht, gilt die Prämienänderung als von ihm angenommen.
- 11.2 Bei der Prämienanpassung werden insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt: eingenommene Prämien, erbrachte Leistungen, Schadenfrequenz, allfällige Rückstellungen

für pendente oder zu übernehmende Leistungsfälle, individuell vereinbarte Deckungs- und Leistungsmerkmale, Perspektiven im Umfang des Versichertenbestandes, allfällige Zusatzvereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer in Bezug auf Prävention und Betreuung der Mitarbeiter.

- 11.3 Provisorische Prämien und Teilprämien werden zudem im Falle einer Änderung der Lohnsumme, des Lohns, Einkommens und Verdienstes gemäss Artikel 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angepasst. Eine Anpassung ist kein Kündigungsgrund. Im Falle einer unterlassenen Mitteilung dieser Änderungen hat die CSS das Recht, die Prämie rückwirkend anzupassen.

IV Leistungen

Art. 12 Leistungsfall

- 12.1 Unter Leistungsfall oder Schaden ist eine Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit, Mutterschaft oder, sofern vereinbart, Unfall zu verstehen, die zum Bezug von Leistungen berechtigt. Tritt vor dem Abschluss eines Leistungsfalls eine neue Krankheit oder ein neuer Unfall ein, begründet dies einen neuen Fall, sofern er nicht mit dem laufenden Leistungsfall ursächlich zusammenhängt. Ein Leistungsfall, der medizinisch in Verbindung mit einem früheren Leistungsfall steht (Rückfall), gilt nur dann als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person während zwölf Monaten (oder sechs Monaten, sofern im Versicherungsvertrag entsprechend vereinbart) nach Abschluss des früheren Falles für diesen Leistungsfall nicht ärztlich behandelt wurde.

Ein neuer Leistungsfall löst eine neue Wartezeit aus.

- 12.2 Sowohl bei einem Erstabschluss bei der CSS als auch bei einer Risikoerhöhung gelten folgende Regelungen bezüglich Versicherungsvorbehalten:
- Die CSS kann Krankheiten und Unfälle, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Deckung ausschliessen. Gleiches gilt für frühere Krankheiten und Unfälle, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Artikel 70 Abs. 1 und 2 und 71 Abs. 1 KVG bleiben vorbehalten.
 - Der Versicherungsvorbehalt darf maximal für fünf Jahre auferlegt werden. Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass er nicht mehr gerechtfertigt ist.
 - Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit bzw. der Unfall sowie Beginn und Ende seiner Gültigkeit in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

Art. 13 Allgemeine Bedingungen

- 13.1 Der Versicherungsvertrag und die Deckung müssen zum Zeitpunkt des Schadens gelten, um einen Anspruch auf die Taggeldleistungen zu begründen. Damit der Anspruch auf Leistungen besteht, müssen vorbehaltlich der Wartezeit ferner alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:
- es liegt eine von einem Arzt festgestellte und von der CSS anerkannte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% vor,
 - es besteht kein Vorbehalt im Zusammenhang mit dem Leistungsfall,
 - es liegt kein Ausschlussfall vor, und
 - die versicherte Person hat ihre Pflichten aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eingehalten bzw. hält sie ein.
- 13.2 Vorbehaltlich des zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft und

ihren Mitgliedstaaten abgeschlossenen Abkommens über die Freizügigkeit von Personen hat eine leistungsberechtigte kranke oder verunfallte versicherte Person, die sich ohne vorherige Zustimmung der CSS ins Ausland begibt, für die Dauer ihres Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen. Bei plötzlichen Krankheiten oder Unfällen, die während eines Auslandsaufenthalts von weniger als zwei Monaten eintreten, zahlt die CSS so lange Leistungen, wie die versicherte Person sich in einem Spital aufhält und eine Verlegung in die Schweiz sich als medizinisch nicht zweckmässig erweist.

Art. 14 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

- 14.1 Die CSS zahlt keine Leistungen für Arbeitsunfähigkeit infolge von:
- a) Unfällen, Berufskrankheiten oder unfallähnlichen Körperschädigungen, die gemäss UVG versichert sind. Allerdings greift sie gemäss den Artikeln 70 und 71 ATSG provisorisch ein.
 - b) gesundheitlicher Beeinträchtigung, die von der versicherten Person absichtlich herbeigeführt wurde.
- 14.2 Für alle anderen Schäden gilt weiterhin Artikel 21 ATSG.
- 14.3 Die CSS zahlt keine Leistungen für die Zeit vor der unverschuldeten verspäteten Meldung des Leistungsfall.
- 14.4 Die CSS hat das Recht, Leistungen zu kürzen oder einzustellen und die Rückzahlung bereits gezahlter Leistungen zu verlangen, falls Verdacht auf Betrug oder versuchten Betrug durch die versicherte Person besteht.

Art. 15 Beginn und Dauer der Leistungserbringung

- 15.1 Der Anspruch auf die Zahlung der Leistungen entsteht nach Ablauf der in der Versicherungspolice genannten Wartefrist.
- 15.2 Die Wartefrist wird an die Dauer von 720 Taggeldern angerechnet.
- 15.3 Falls keine Wartefrist vorgesehen ist, ist die Zahlung der Taggelder für eine oder mehrere Krankheiten auf maximal 720 Tage in einem Zeitraum von 900 Tagen begrenzt.
- 15.4 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird während der oben genannten Dauer ein reduziertes Taggeld gezahlt. Die Versicherungsdeckung bleibt für die Restarbeitsfähigkeit bestehen.
- 15.5 Die Zahlung der Leistungen endet ferner mit dem Eintritt des Rentenalters gemäss AHV oder mit einer vorzeitigen Pensionierung.

Art. 16 Berechnung der Taggeldleistungen

- 16.1 Bei der vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Schadenversicherung. Zur Berechnung des Schadens ist der letzte vor Eintritt des Leistungsfall bezogene versicherte Lohn massgebend für die Berechnung der Taggelder unter Berücksichtigung der in der Police festgelegten Deckungshöhe. Abweichende vertragliche Vereinbarungen (Rahmenvertrag mit Berufsverbänden) bleiben vorbehalten. Bei einem unregelmässigen Einkommen wird der Durchschnitt seit Antritt der Beschäftigung, höchstens aber der letzten zwölf Monate, herangezogen. Bei Einzelunternehmen und Selbstständigerwerbenden wird grundsätzlich der Lohn, das Einkommen oder der Verdienst zugrunde gelegt, der in der Police angegeben ist. Die CSS hat dennoch das Recht, die Leistungen zu kürzen oder ihre Rückzahlung zu verlangen, wenn der Lohn nicht dem in der letzten Steuerverfügung angegebenen entspricht und der Versicherungsnehmer die CSS nicht gemäss den Artikeln 9 Abs. 1 und 11 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen informiert hat.
- 16.2 Die versicherten Personen sind verpflichtet, dem Versicherer Überversicherungen bzw. Leistungen anderer Versicherer zu melden. In diesem Fall ist die CSS berech-

tigt, die Leistungen der bestehenden Taggeldversicherung zu kürzen.

- 16.3 Die Taggeldleistungen, die abhängig vom Lohn der versicherten Person bestimmt werden, bemessen sich wie folgt:
- Der oben genannte Lohn wird auf ein ganzes Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt.
 - Für Arbeitnehmer mit stark variierendem Lohn gilt der Durchschnitt der letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
 - War die versicherte Person vor ihrer Krankheit oder ihrem Unfall bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, ist nur der beim Versicherungsnehmer erzielte Lohn massgebend. Ist für im Vertrag namentlich aufgeführte versicherte Personen ein fester Jahreslohn vereinbart, gilt als Tagesverdienst der 365. Teil dieses Lohnes.
 - Die CSS erbringt die versicherten Taggeldleistungen nicht richtig eingerückt dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.
- 16.4 Im Allgemeinen werden Lohnerhöhungen oder Änderungen des Angestelltenverhältnisses in der Taggeldberechnung berücksichtigt, wenn sie:
- a) der CSS vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit schriftlich mitgeteilt wurden und
 - b) in der Versicherungspolice unter «Lohnsumme» oder «versicherter Lohn, Verdienst» angegeben sind.
- Lohnerhöhungen während des Zeitraums, in dem die versicherte Person die Taggelder bezieht, werden nicht berücksichtigt, sofern sie nicht aufgrund der Bestimmungen eines Gesamtarbeitsvertrages (GAV) zwingend erfolgen. Der maximale versicherte Jahreslohn ist in der Police angegeben.

Art. 17 Leistungen der Mutterschaftstaggeldversicherung

- 17.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft richtet die CSS die versicherten Taggelder aus, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.
- 17.2 Basis für die Berechnung der Leistungen bildet der vor der Niederkunft bezogene AHV-Lohn unter Berücksichtigung der in der Police festgelegten Lohnlimiten.
- 17.3 Die Taggelder müssen während 16 Wochen gezahlt werden, davon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft.
- 17.4 Für die Dauer, während der eine versicherte Person eine Mutterschaftsentschädigung gemäss Erwerbsersatzgesetz (EOG), eine kantonale Mutterschaftsentschädigung oder Mutterschaftsleistungen eines Privatversicherers bezieht, ist die Leistungspflicht der CSS aus der Krankentaggeldversicherung ergänzend. Im Übrigen ist die CSS im Falle einer Überentschädigung der versicherten Person berechtigt, ihre Leistungen zu kürzen.

Art. 18 Leistungskürzungen und Rückzahlungspflicht

- 18.1 Ist die Krankheit oder der Unfall nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt die CSS nur einen entsprechenden Teil der Leistungen.
- 18.2 An den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ausgerichtete Leistungen, die nicht in Übereinstimmung mit den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen, müssen an die CSS zurückgezahlt werden.
- 18.3 Die Leistungen der CSS dürfen keine Überentschädigung der versicherten Person zur Folge haben. Letztere ist verpflichtet, der CSS alle Leistungen im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, die sie von Sozial- und Privatversicherungen sowie von haftpflichtigen Dritten oder dem Arbeitgeber bezieht, insbesondere infolge eines Urteils oder einer mit dem haftpflichtigen Dritten oder dem Arbeitgeber geschlossenen Vereinbarung. Bei

- vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Unterlassen kann die CSS Leistungen kürzen oder verweigern.
- 18.4 Erbringt die CSS ihre Leistungen anstelle einer Sozialversicherung oder eines haftpflichtigen Dritten, finden die Artikel 68 und 72 ATSG Anwendung. Falls die Artikel 68 und 72 ATSG keine Anwendung finden, ist die versicherte Person verpflichtet, ihre Ansprüche an die CSS in Höhe der von einer Privatversicherung oder einem haftpflichtigen Dritten gezahlten Leistungen abzutreten.
- 18.5 Übersteigt die Lohnsumme oder der zur Entschädigung der Arbeitsunfähigkeit angegebene Lohn den realen Verdienst oder den tatsächlich eingetretenen Erwerbsausfall, behält sich die CSS das Recht vor, die Rückzahlung der zu viel gezahlten Taggelder zu verlangen.

V Pflichten

Art. 19 Allgemein

- 19.1 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen mit der CSS zusammenarbeiten. Insbesondere sind folgende Gegebenheiten unaufgefordert mitzuteilen:
- alle Änderungen an Daten betreffend die Festlegung der Prämie oder der Leistungen,
 - die Leistungen anderer Versicherer gemäss Artikel 18 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
 - alle wesentlichen Änderungen der Lohnsumme, des Lohns, Einkommens oder Verdienstes und
 - Adressänderungen, Änderungen der Bankverbindung und Einstellung der Geschäftstätigkeit.
- 19.2 Jede Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades im Laufe einer Krankheit oder eines Unfalls ist der CSS unverzüglich mitzuteilen. Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der CSS jeden Monat ein Zwischenzeugnis einzureichen.
- 19.3 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen alles Zumutbare unternehmen, was von ihnen erwartet werden kann, um den Schaden zu verringern.
- 19.4 Bei Nichteinhaltung der Pflichten kann die CSS ihre Leistungen kürzen.

Art. 20 Pflichten des Versicherungsnehmers

- 20.1 Der Versicherungsnehmer hat die versicherte Person bei Arbeitsvertragsbeginn schriftlich über ihre Rechte und Pflichten bezüglich der Taggeldversicherung der CSS zu informieren.
- 20.2 Bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit deklariert der Versicherungsnehmer fünf Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, diese der CSS mit dem entsprechenden Formular. Der Meldung wird das Arztzeugnis des behandelnden Arztes mitgeliefert.
- 20.3 Bei verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Kranken- oder Unfallmeldung Anspruch auf die versicherten Leistungen. Hält der Versicherungsnehmer die fristgerechte Meldung des Leistungsfalls nicht ein, kommt er für den daraus entstandenen Schaden auf.

Art. 21 Pflichten der versicherten Person

- 21.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, die sie behandelnden Ärzte oder sonstigen Leistungserbringer gegenüber der CSS von der Schweigepflicht zu entbinden. Die CSS behandelt alle medizinischen Angaben vertraulich.
- 21.2 Die CSS behält sich das Recht vor, die versicherte Person von einem durch sie beauftragten Arzt untersuchen zu lassen oder Patientenbesuche durchzuführen.
- 21.3 Die versicherte Person muss ihre Arbeits- oder Restarbeitsfähigkeit für leichtere, geeignete Tätigkeiten allenfalls in einem anderen Berufszweig einsetzen.
- 21.4 Die versicherte Person muss im Rahmen der Zumutbar-

keit Folge leisten, wenn medizinisch notwendige Operationen, Therapien oder andere Massnahmen von einem Arzt oder einem anderen Leistungserbringer empfohlen werden.

- 21.5 Auf Anordnung der CSS stellt die versicherte Person innert der von der CSS vorgeschriebenen Frist einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung (IV). Leistet die versicherte Person der Anordnung der CSS nicht oder verspätet Folge, kann diese ihre Taggeldleistungen um den Betrag kürzen, den die IV gezahlt hätte, wenn der Antrag innert der vorgeschriebenen Frist gestellt worden wäre.

VI Schlussbestimmungen

Art. 22 Abtretung, Verpfändung und andere Vereinbarungen

- 22.1 Forderungen gegenüber dem Versicherer dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.
- 22.2 Ohne Zustimmung der CSS darf die versicherte Person im Rahmen eines mit einem Dritten geschlossenen Vertrages nicht auf Leistungen gemäss Artikel 18 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verzichten.

Art. 23 Quellensteuer im Leistungsfall

- 23.1 Lohnersatzleistungen für versicherte Personen, welche der Quellensteuer unterliegen, werden dem Versicherungsnehmer ausgerichtet.
- 23.2 Der Arbeitgeber sorgt für die ordnungsgemässe Abrechnung mit der zuständigen Steuerbehörde.
- 23.3 Wird die CSS trotzdem von der Steuerbehörde belangt, steht ihr ein Regressrecht gegenüber dem Versicherungsnehmer zu.

Art. 24 Mitteilungen

- 24.1 Mitteilungen an den Versicherungsnehmer oder an die versicherte Person erfolgen rechtsgültig an die letzte der CSS bekannte Adresse. Eine Adressänderung ist der CSS innert 14 Tagen nach Umzug anzuzeigen. Mitteilungen an die CSS haben an die in der Police erwähnte Adresse zu erfolgen.
- 24.2 Allen Mitteilungen der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers, die nicht in deutscher, französischer oder italienischer Sprache verfasst sind, muss eine beglaubigte Übersetzung beigefügt werden. Die Kosten dafür trägt die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer.
- 24.3 Die CSS untersteht Artikel 33 ATSG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

Art. 25 Rechtsmittel

- 25.1 Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, so erlässt die CSS eine schriftlich begründete Verfügung mit Hinweis auf das Einspracherecht und die Einsprachefrist.
- 25.2 Eine Einsprache gegen den Entscheid der CSS kann innert 30 Tagen nach der Verfügung am Sitz der CSS Krankenversicherung AG in Luzern (Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern) erhoben werden. Gegen den Einspracheentscheid kann innert 30 Tagen nach dessen Mitteilung Beschwerde beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden.
- 25.3 Der Einspracheentscheid erwächst in Rechtskraft nach unbenützttem Ablauf der entsprechenden Rechtsmittelfrist.

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten per 1. Januar 2017 in Kraft. Sie können auf der Website www.css.ch abgerufen werden.