

Kranken-Lohnausfallversicherung nach VVG

Kundeninformation nach VVG und
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)



Wir sind für Sie da.

Zurich Help Point: 0800 80 80 80
Aus dem Ausland: +41 44 628 98 98



Inhaltsverzeichnis

Ziffer	Seite	Ziffer	Seite
Kundeninformation nach VVG	3	14. Örtlicher Geltungsbereich	8
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	5	15. Zeitlicher Geltungsbereich	8
Kranken-Lohnausfallversicherung nach VVG	5	16. Dauer des Versicherungsschutzes für die einzelnen versicherten Arbeitnehmer	8
1. Versicherte Personen	5	17. Dauer des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten ohne Arbeitnehmereigenschaft	9
2. Versicherte Krankheiten	5	18. Übertritt in die Einzelversicherung	9
3. Frühere Krankheiten	5	19. Versicherungsfall	9
4. Selbstverschuldete Krankheiten	5	20. Prämie	10
5. Einschränkungen des Versicherungsschutzes	5	21. Änderung der Prämie	11
6. Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit	5	22. Überschussbeteiligung	11
7. Versicherter Verdienst	6	23. Obliegenheiten bei Gefahrsänderung	11
8. Taggeld	6	24. Quellensteuer auf Leistungen im Schadenfall	12
Allgemeine Vertragsbedingungen	8	25. Brokerklausel	12
9. Begriffsbestimmungen	8	26. Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen	12
10. Vertragsgrundlagen	8	27. Mitteilungen an Zurich	12
11. Gegenstand der Versicherung	8	28. Anwendbares Recht und Gerichtsstand	12
12. Schadensversicherung	8		
13. Summenversicherung	8		

Kundeninformation nach VVG

Die nachstehende Kundeninformation gibt einen Überblick über das Versicherungsunternehmen und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags. Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich abschliessend aus den Vertragsunterlagen (Antrag/Offerte, Police, Versicherungsbedingungen) und den anwendbaren Gesetzen, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Wer ist der Versicherer?

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG mit Sitz am Mythenquai 2 in 8002 Zürich (Zürich), beaufsichtigt durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsichtsbehörde FINMA (Laupenstrasse 27, 3003 Bern).

Welche Risiken sind versichert und was ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Vertragsunterlagen und werden durch die dort aufgeführten Ausschlüsse eingeschränkt.

Handelt es sich um eine Summen- oder Schadensversicherung?

Die Kranken-Lohnausfallversicherung enthält Versicherungsleistungen, die im Einzelnen gemäss Vertragsunterlagen entweder als Schadens- oder Summenversicherung ausgestaltet sein können.

Schadensversicherung:

Für die Ausrichtung und die Höhe der Versicherungsleistungen ist der Schaden, der aufgrund des versicherten Ereignisses eingetreten ist, massgebend.

Summenversicherung:

Für die Ausrichtung und die Höhe der Versicherungsleistungen ist der Schaden, der aufgrund des versicherten Ereignisses eingetreten ist, nicht massgebend.

Welche Prämie ist geschuldet?

Die Höhe der Prämie(n) hängt von den versicherten Risiken und dem gewünschten Versicherungsschutz ab. Alle Angaben zur Prämie und möglichen Gebühren (z. B. Steuern, Ratenzahlung) sind in den Vertragsunterlagen enthalten. Sie ist mit Beginn der Versicherungsperiode zu bezahlen, wenn die Vertragsunterlagen keine andere oder die Prämienrechnung keine spätere Fälligkeit bestimmen.

Je nach vertraglicher Vereinbarung ist die während der laufenden Versicherungsperiode zu bezahlende Prämie eine provisorische, für welche nach Ablauf jedes Versicherungsjahres eine Prämienabrechnung aufgrund der definitiven Prämienberechnungsgrundlagen (Regulierung) vorgenommen wird oder es wird vertraglich darauf verzichtet.

Soweit nichts Abweichendes vereinbart, kann Zürich die Prämie auf ein neues Versicherungsjahr anpassen. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer nach Massgabe der Versicherungsbedingungen ein Kündigungsrecht.

Welche weiteren Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

Die Pflichten ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen und dem VVG. Wichtige Pflichten sind zum Beispiel:

- Meldung bei Änderung einer deklarierten Tatsache;
- unverzügliche Meldung eines Versicherungsfalles (Schadenanzeige);
- Mitwirkung bei Abklärungen (im Versicherungsfall, bei Gefahrsänderungen etc.);
- Information der Arbeitnehmer über den wesentlichen Inhalt des Vertrags sowie dessen Änderungen und Auflösung in schriftlicher oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht;
- Deklaration der Angaben für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung, sofern dies vertraglich vereinbart ist.

Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Tag, der im Antrag/in der Offerte bzw. in der Police aufgeführt ist.

Der Vertrag wird in der Regel durch ordentliche Kündigung beendet. Diese ist jeweils bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Vertrages bzw., sofern vereinbart oder gesetzlich vorgesehen, des Versicherungsjahres möglich. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich stillschweigend um ein Jahr.

Befristete Verträge ohne Verlängerungsklausel enden ohne Weiteres an dem im Antrag/in der Offerte bzw. in der Police festgesetzten Tag.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aufgrund der Versicherungsbedingungen sowie des VVG.

Der Versicherungsschutz gilt für Ereignisse, die nach Versicherungsbeginn und vor Vertragsende eintreten.

Kann der Vertrag widerrufen werden?

Nein, in der kollektiven Personenversicherung schliesst das Gesetz (Art. 2a VVG) ein Widerrufsrecht aus.

Wie behandelt Zurich Personendaten?

Zurich bearbeitet im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsabwicklung und zu weiteren Zwecken Daten, die sich auf natürliche Personen beziehen (Personendaten). Nähere Informationen zu dieser Bearbeitung (u. a. den Zwecken, den Empfängern von Daten, der Aufbewahrung und den Rechten der betroffenen Personen) finden sich in der Datenschutzerklärung von Zurich. Diese Datenschutzerklärung kann unter www.zurich.ch/datenschutz abgerufen oder unter Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Datenschutz, Postfach, 8085 Zürich, datenschutz@zurich.ch bezogen werden.

Erhält der Broker eine Vergütung?

Wenn ein Dritter, z. B. ein ungebundener Vermittler (Broker), die Interessen des Versicherungsnehmers bei Abschluss oder Betreuung dieses Versicherungsvertrags wahrnimmt, ist es möglich, dass Zurich gestützt auf eine Vereinbarung mit diesem Dritten für seine Tätigkeit eine Vergütung bezahlt. Wünscht der Versicherungsnehmer nähere Informationen darüber, so kann er sich an den Dritten wenden.

Wo im Folgenden – aus Gründen der leichteren Lesbarkeit – nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die entsprechenden weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Kranken-Lohnausfallversicherung nach VVG

Diese Bedingungen ergänzen die nachfolgenden Allgemeinen Vertragsbedingungen. Begriffsbestimmungen finden Sie ebenfalls in diesem AVB-Teil.

1. Versicherte Personen

Die versicherten Personen sind in der Police aufgeführt.

- a) Als Arbeitnehmer gelten auch mitarbeitende Familienangehörige, die einen Barlohn beziehen oder AHV-Beiträge entrichten.
- b) Für die nachfolgenden Personen ist zur Aufnahme in die Versicherung eine Gesundheitsprüfung notwendig:
 - namentlich aufgeführte Personen;
 - Selbstständigerwerbende;
 - mitarbeitende Familienangehörige, die weder einen Barlohn beziehen noch AHV-Beiträge entrichten;
 - Versicherte mit einem jährlichen Bruttolohn, welcher die Limite gemäss Police übersteigt, für den übersteigenden Teil.

Der Versicherungsschutz tritt in Kraft, sobald Zurich dies schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z.B. per E-Mail), bestätigt hat.

2. Versicherte Krankheiten

- a) Als Krankheit im Sinne der Versicherung gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- b) Gesundheitsstörungen infolge Schwangerschaft und Geburt gelten als Krankheit.
- c) Sind Gesundheitsstörungen nur zum Teil auf versicherte Krankheiten zurückzuführen, werden die Leistungen angemessen gekürzt.

3. Frühere Krankheiten

- a) Sind Arbeitnehmer vor Beginn des Versicherungsschutzes für Krankheiten behandelt worden, ist das erneute Auftreten versichert.
- b) Sind Selbstständigerwerbende oder deren mitarbeitende Familienangehörige, die weder einen Barlohn beziehen, noch AHV-Beiträge entrichten, vor Beginn des Versicherungsschutzes für Krankheiten behandelt worden, ist das erneute Auftreten versichert, wenn die Krankheit Zurich bei Vertragsabschluss angezeigt und Zurich die betreffende Person ohne Vorbehalt in die Versicherung aufgenommen hat.

4. Selbstverschuldete Krankheiten

Bei Krankheiten, die von der versicherten Person absichtlich oder fahrlässig herbeigeführt worden sind, verzichtet Zurich auf das ihr gesetzlich zustehende Kürzungsrecht.

5. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Nicht versichert sind:

- a) Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen, welche gemäss UVG entschädigt werden;
- b) Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz
 - im Ausland. Bricht jedoch ein Krieg erstmalig oder erneut aus und wird der Versicherte im Lande, wo er sich aufhält, davon überrascht, bleibt der Versicherungsschutz noch während 14 Tagen, vom Kriegsausbruch an gerechnet, in Kraft;
- c) Einwirkung ionisierender Strahlen. Ausnahmen: Deckung besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen einer versicherten Krankheit.

6. Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

6.1 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.

6.2 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.

7. Versicherter Verdienst

- a) Massgebend für die Bemessung der Versicherungsleistungen ist der im versicherten Betrieb erzielte Verdienst. Dieser wird mit nachfolgender Ausnahme nach den Bestimmungen des UVG entsprechend den für das Taggeld vorgesehenen Regeln ermittelt. Familienzulagen werden erst ab Beginn des nach einer Wartefrist von 90 Tagen folgenden Monats berücksichtigt, frühestens aber mit dem Beginn der Taggeldleistungen.
- b) Diese Bemessungsgrundlagen gelten sinngemäss auch für die Ermittlung des den UVG-Höchstbetrag übersteigenden Teils des Bruttolohnes bis zum in der Police erwähnten Höchstbetrag pro Versicherten und Jahr.
- c) Für die namentlich aufgeführten Personen gilt als Versicherter Verdienst der in der Police erwähnte Betrag. Ist die Police als Schadensversicherung ausgestaltet, hat die versicherte Person den Nachweis eines durch das versicherte Ereignis verursachten Schadens zu erbringen. Höchstens gilt der in der Police erwähnte Betrag.

8. Taggeld

8.1 Anspruch (Regelung Schadensversicherung)

Nachfolgende Leistungen werden als Schadensversicherung versichert:

- a) Zurich bezahlt für die Dauer der nachgewiesenen, ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, frühestens nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist, den vereinbarten Prozentsatz des versicherten Verdienstes.
- b) Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld nach einer angemessenen Übergangsfrist entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet.
- c) Vorausbescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit werden längstens für einen Monat anerkannt.

8.2 Leistungen Dritter

Die unter diesem Vertrag versicherten Leistungen sind durch Zurich subsidiär geschuldet. Leisten andere Schadensversicherer ebenfalls nur subsidiär, so erbringt Zurich ihre Leistungen ihrem verhältnismässigen Anteil entsprechend.

Als Leistungen Dritter gelten u. a. solche von in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherungen, Vorsorgeeinrichtungen jeder Art sowie Haftpflichtigen. Leistungen aus Summenversicherungen und Altersrenten sind davon ausgenommen.

a) Variante A

Stehen der versicherten Person oder dem Anspruchsberechtigten Leistungen Dritter zu, so ergänzt Zurich diese bis zu den gemäss dem vorliegenden Vertrag auszurichtenden Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit.

b) Variante B

Stehen der versicherten Person oder dem Anspruchsberechtigten Leistungen Dritter zu, so ergänzt Zurich diese bis zur Höhe des tatsächlichen Verdienstauffalles. Höchstens bezahlt Zurich das vereinbarte Taggeld.

8.3 Vorschussleistungen: Bedingungen sowie Rückforderungs- bzw. Verrechnungsrecht

- a) Sofern die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte für die gleiche Zeitperiode Anspruch auf Leistungen Dritter hat, richtet Zurich im Rahmen ihrer Leistungspflicht Vorschussleistungen aus.
Voraussetzung für die Bevorschussung bildet das Einverständnis der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten in die direkte Verrechnung bzw. Rückforderung der erbrachten Leistungen. Zudem verpflichten sie sich in diesem Umfang auch ihre Haftpflichtansprüche abzutreten.
- b) Zurich besitzt insbesondere einen direkten Rückforderungsanspruch auf nachträglich ausgerichtete Leistungen Dritter (z. B. Renten der Invalidenversicherung bzw. solche von Vorsorgeeinrichtungen jeder Art).
- c) Die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte sind verpflichtet, sämtliche notwendige Vorkehrungen zu treffen, um ihre Ansprüche gegenüber Dritten zu wahren. Andernfalls entfällt die Leistungspflicht aus diesem Vertrag.

8.4 Anspruch (Regelung Summenversicherung)

Nachfolgende Leistungen werden als Summenversicherung versichert:

- a) Zurich bezahlt für die Dauer der nachgewiesenen, ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, frühestens nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist, den vereinbarten Prozentsatz des versicherten Verdienstes.
- b) Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld nach einer angemessenen Übergangsfrist entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet.
- c) Vorausbescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit werden längstens für einen Monat anerkannt.

8.5 Wartefrist

- a) Die Wartefrist ist in der Police bezeichnet. Sie beginnt mit dem ersten Tag einer leistungs begründenden Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch drei Tage vor der erstmaligen ärztlichen Konsultation.
- b) Die Wartefrist wird pro Krankheitsfall berechnet.

8.6 Leistungsdauer

a) Variante A

Die Leistungsdauer ist in der Police bezeichnet. Sie gilt pro Krankheitsfall.

Wird wegen Leistungen Dritter ein reduziertes Taggeld ausbezahlt, zählen die Tage mit reduziertem Leistungsbezug für die Bemessung der Leistungsdauer voll. Gleiches gilt für Tage, an denen die Leistungen Dritter die aus diesem Vertrag auszurichtenden Leistungen übersteigen.

b) Variante B

Zürich bezahlt das Taggeld für einen oder mehrere Krankheitsfälle zusammen für höchstens 720 Tage innerhalb einer vom jeweiligen Krankheitstag zurückzurechnenden Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Für den gleichen Krankheitsfall wird es nicht länger als 720 Tage ausbezahlt.

Wird wegen Leistungen Dritter ein reduziertes Taggeld ausbezahlt, verlängert sich die Leistungsdauer entsprechend der Kürzung.

- c) Für Versicherte, die aufgrund eines Leidens eine Rente beziehen, gilt bei einer vorübergehenden oder dauernden Verschlechterung desselben eine Leistungsdauer von höchstens 180 Tagen. Die Wartefrist wird angerechnet.
- d) Nach jeder Geburt, die nach Vollendung der 23. Schwangerschaftswoche erfolgt, ruht für die versicherte Mutter die Leistungspflicht von Zürich während acht Wochen vom Tag der Geburt an gerechnet. Gleiches gilt, solange die versicherte Mutter oder der versicherte Vater Leistungen aus der eidgenössischen oder kantonalen Mutterschafts- oder Vaterschaftsversicherung sowie aus einer privaten Geburtengeld- oder Vaterschaftsversicherung bezieht.
- e) Ab Bezug der AHV-Rente, spätestens ab Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters endet der Leistungsanspruch.

Sofern eine Weiterbeschäftigung nachgewiesen werden kann, gilt ab Bezug der AHV-Rente, spätestens ab Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters eine Leistungsdauer von höchstens 180 Tagen für alle laufenden und künftigen Krankheitsfälle zusammen. Die Wartefrist wird nicht an die Leistungsdauer angerechnet. Massgebend für die Bemessung der Versicherungsleistungen ist der neue im Rahmen der Weiterbeschäftigung vertraglich vereinbarte Verdienst.

Mit vollendetem 70. Lebensjahr erlischt der Anspruch vollständig.

- f) Ausländischen Versicherten, die eine Kurzaufenthaltsbewilligung besitzen und sich im Ausland befinden (ausgenommen Spitalaufenthalte), wird das Taggeld längstens für die Dauer ausgerichtet, für welche der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Bestimmung zur Lohnzahlung verpflichtet ist. Für Grenzgänger gilt diese Einschränkung nicht, solange sie sich an ihrem Wohnort oder in dessen Umgebung aufhalten.
- g) Besteht bei Ende des Versicherungsschutzes eine leistungsbegründende Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit, erbringt Zürich ihre vertraglichen Leistungen über dieses Datum hinaus (Nachleistung).

Diese Nachleistung entfällt:

- bei Stellenwechsel und Übertritt zur Versicherung des neuen Arbeitgebers;

- für Personen mit einem zeitlich befristeten Arbeitsvertrag von drei Monaten oder weniger sowie für gelegentlich beschäftigtes Aushilfspersonal;
- ab dem Bezug der AHV-Rente, spätestens ab Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters, sofern keine Weiterbeschäftigung nachgewiesen werden kann;
- sobald eine Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25% (Variante A) bzw. 50% (Variante B) besteht;
- bei erneutem Auftreten einer Krankheit (Rückfall);
- bezüglich des Geburtengeldes, falls die versicherte Person früher als acht Wochen vor ihrer Niederkunft aus dem Betrieb austritt.

8.7 Rückfall**a) Variante A**

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist – sofern diese pro Krankheitsfall vereinbart wurden – als neuer Krankheitsfall, wenn der Versicherte ihretwegen während 12 Monaten ununterbrochen nicht arbeits-/erwerbsunfähig war.

b) Variante B

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt hinsichtlich Wartefrist – sofern diese pro Krankheitsfall vereinbart wurde – als neuer Krankheitsfall, wenn der Versicherte ihretwegen während 12 Monaten ununterbrochen nicht arbeits-/erwerbsunfähig war.

8.8 Teilweise Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bezahlt Zürich das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Für die Bemessung der Leistungsdauer und Wartefrist zählen die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit voll.

Gleiches gilt, wenn das Taggeld entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet wird.

a) Variante A

Eine Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25% gibt keinen Anspruch auf Leistungen. Für die Bemessung der Leistungsdauer und Wartefrist werden diese Tage nicht angerechnet.

b) Variante B

Eine Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit von weniger als 50% gibt keinen Anspruch auf Leistungen. Für die Bemessung der Leistungsdauer und Wartefrist werden diese Tage nicht angerechnet.

8.9 Unbezahlter Urlaub für versicherte Arbeitnehmer

- a) Während eines unbezahlten Urlaubes bleibt der Versicherungsschutz bis maximal 210 Tage aufrecht erhalten. Voraussetzung ist, dass das Arbeitsverhältnis mit dem versicherten Betrieb weiter besteht. Es ist keine Prämie geschuldet.
- b) Bei Eintritt einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit beginnt die Wartefrist frühestens mit dem ersten Tag der vertraglich vereinbarten Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Allgemeine Vertragsbedingungen

9. Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Vertrages gelten als:

9.1 UVG

Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 (SR 832.20).

9.2 VVG

Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 (SR 221.229.1).

9.3 EOG

Das Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende, bei Mutterschaft und bei Vaterschaft (Erwerbsersatzgesetz, EOG) vom 25. September 1952 (SR 834.1).

10. Vertragsgrundlagen

Die nachstehenden Bestimmungen bilden die Vertragsgrundlagen:

- die Bestimmungen in der Police, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfällige Nachträge;
- die Erklärungen, welche der Antragsteller oder die versicherten Personen im Antrag und in weiteren Textdokumenten abgeben.

In Ergänzung gilt das VVG.

11. Gegenstand der Versicherung

- a) Die Versicherung erstreckt sich auf die Folgen von Krankheiten, welche die versicherten Personen während der Dauer des Versicherungsschutzes erleiden.
- b) Haben die Versicherten Anspruch auf weiter gehende Regelungen im Rahmen von Freizügigkeitsabkommen unter den Versicherern, gelten diese.

12. Schadensversicherung

Für Schadensversicherungen gelten zusätzlich folgende Bestimmungen:

Zurich gewährt die versicherte Leistung bei Eintritt des versicherten Ereignisses und nur bei Nachweis eines durch das versicherte Ereignis verursachten Schadens. Der genaue Leistungsumfang ergibt sich aus der Police und diesen AVB.

Leistungen Dritter werden angerechnet. Regressrechte bleiben vorbehalten.

13. Summenversicherung

Für Summenversicherungen gelten zusätzlich folgende Bestimmungen:

Zurich gewährt die versicherte Leistung bei Eintritt des versicherten Ereignisses unabhängig vom Vorliegen eines Schadens. Der Leistungsumfang ergibt sich aus der Police und diesen AVB.

Zurich gewährt die versicherte Leistung unabhängig davon, ob Dritte Leistungen erbringen; deren Leistungen werden nicht angerechnet.

14. Örtlicher Geltungsbereich

- a) Die Versicherung gilt weltweit.
- b) Begibt sich ein erkrankter Versicherter ohne Zustimmung von Zurich ins Ausland, besteht erst vom Zeitpunkt seiner Rückkehr an ein Anspruch auf Leistungen.

15. Zeitlicher Geltungsbereich

15.1 Beginn des Vertrages

Der Vertrag beginnt an dem in der Police festgesetzten Datum.

15.2 Ende des Vertrages

Der Vertrag endet:

- an dem in der Police festgesetzten Ablaufdatum. Er erneuert sich jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Ablauf gekündigt wird. Er kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist dem Vertragspartner schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), zugekommen ist;
- mit der Geschäftsaufgabe.

16. Dauer des Versicherungsschutzes für die einzelnen versicherten Arbeitnehmer

16.1 Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag des arbeitsvertraglich vereinbarten Anstellungsbeginns. Für die in diesem Zeitpunkt bereits arbeitsunfähigen Personen tritt die Versicherung jedoch erst mit der vollen Arbeitsaufnahme im Rahmen des jeweiligen Arbeitsvertrages in Kraft.

- b) Haben die Versicherten Anspruch auf weiter gehende Regelungen im Rahmen von Freizügigkeitsabkommen unter den Versicherern, gelten diese.

16.2 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet:

- mit dem Ende des Versicherungsvertrages;
- mit dem Ende des Arbeitsvertrages;
- bei unbezahltem Urlaub und Weiterführung des Arbeitsvertrages nach spätestens 210 Tagen;
- mit der Vollendung des 70. Lebensjahres.

17. Dauer des Versicherungsschutzes für den einzelnen Versicherten ohne Arbeitnehmereigenschaft

17.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police bezeichneten Datum.

17.2 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit:

- dem Ende des Versicherungsvertrages;
- der Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer;
- der Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit oder der Mitarbeit als versicherter Familienangehöriger;
- der Vollendung des 70. Lebensjahres.

18. Übertritt in die Einzelversicherung

18.1 Übertrittsrecht

Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des vorliegenden Vertrages haben die in der Schweiz oder in Liechtenstein wohnhaften Personen das Recht, in die Einzelversicherung von Zurich überzutreten. Das Übertrittsrecht ist innert 90 Tagen entweder nach dem Austritt, der Auflösung des Vertrages oder dem Ende des Leistungsbezuges geltend zu machen.

18.2 Bedingungen

Es gelten die Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung.

Die Einzelversicherung beginnt unmittelbar nach dem Ende des Versicherungsschutzes in der Kollektivversicherung.

Zurich gewährt die zur Zeit des Übertrittes versicherten Leistungen, mit folgenden Begrenzungen:

- das Taggeld wird in dem Masse reduziert, als die Erwerbstätigkeit herabgesetzt oder ein tieferer Verdienst erzielt wird;
- für Arbeitslose gemäss Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) ist maximal die Arbeitslosenentschädigung versicherbar;
- der höchstversicherbare Verdienst entspricht dem Jahreshöchstbetrag gemäss AVIG.

Massgebend sind der Gesundheitszustand und das Alter zur Zeit des Eintrittes in die Kollektivversicherung bei Zurich.

18.3 Versicherte ohne Übertrittsrecht

Kein Übertrittsrecht besteht:

- bei Stellenwechsel und Übertritt zur Versicherung des neuen Arbeitgebers;
- bei Auflösung des vorliegenden Vertrages und der Versicherung desselben Personenkreises oder Teilen davon bei einem anderen Versicherer;
- ab dem Bezug der AHV-Rente, spätestens ab Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters;
- für die im vorliegenden Vertrag als Selbstständigerwerbende versicherten Personen;
- für mitarbeitende Familienangehörige, die weder einen Barlohn beziehen noch AHV-Beiträge entrichten;
- für Personen mit einem zeitlich befristeten Arbeitsvertrag von drei Monaten oder weniger sowie für gelegentlich beschäftigtes Aushilfspersonal.

Vorbehalten bleibt das Übertrittsrecht nach Art. 100 Absatz 2 VVG für Arbeitslose gemäss Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG).

18.4 Informationspflicht

Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des vorliegenden Vertrages ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die austretenden Personen über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung gemäss den vorstehenden Bestimmungen zu informieren. Zurich stellt dem Versicherungsnehmer dafür ein Merkblatt zur Verfügung.

19. Versicherungsfall

Nachfolgende Bestimmungen gelten für die Schadens- wie auch für die Summenversicherung.

19.1 Obliegenheiten im Versicherungsfall

a) Nach Eintritt eines versicherten Ereignisses:

- ist so bald als möglich ein zur Berufsausübung zugelassener Arzt/Zahnarzt beizuziehen und für fachgemässe Pflege zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anordnungen des behandelnden Arztes/Zahnarztes oder einer von ihm beauftragten medizinischen Hilfsperson Folge zu leisten. Sie ist ausserdem verpflichtet, sich den von Zurich angeordneten Abklärungsmassnahmen zu unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen;
- ist Zurich unverzüglich über das Ereignis zu benachrichtigen;
- ist Zurich berechtigt, diejenigen zusätzlichen Auskünfte und Unterlagen, die für die Klärung des Sachverhaltes und der Folgen des Ereignisses sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistungen benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder und Belege über die Verdienstverhältnisse, zu verlangen.

- b) Die versicherte Person ist bei einer voraussichtlich länger dauernden ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit in ihrem bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich verpflichtet:
- ihre Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerthen. Hierzu kann Zurich eine angemessene Übergangszeit gewähren und sie zur Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung auffordern. Verwertet die versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht und/oder kommt sie der Aufforderung zur Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung nicht nach, kann Zurich die Leistungen einstellen;
 - sich spätestens sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anzumelden. Nimmt sie trotz schriftlicher Aufforderung von Zurich die Anmeldung nicht oder nicht rechtzeitig vor, können die Taggeldleistungen ab dem 365. Tag seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit um den Betrag der maximalen einfachen IV-Rente gekürzt werden. Die Aufforderung kann auch in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text (z. B. per E-Mail) ermöglicht, erfolgen.

19.2 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten im Versicherungsfall

Befolgen der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte die Obliegenheiten im Versicherungsfall in schuldhafter Weise nicht, hat dies den ganzen oder teilweisen Entzug der Versicherungsleistungen zur Folge. Eine Kürzung entfällt, wenn das vertragswidrige Verhalten im Versicherungsfall auf die Feststellung und das Ausmass der Krankheitsfolgen keinen Einfluss hat.

19.3 Kündigung im Versicherungsfall

- Nach jedem versicherten Ereignis, für das eine Leistung zu erbringen ist, können der Versicherungsnehmer oder Zurich den Vertrag kündigen.
- Kündigt der Versicherungsnehmer, muss er dies Zurich spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat, schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), mitteilen. In diesem Fall erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung bei Zurich.
- Kündigt Zurich, hat sie dies dem Versicherungsnehmer spätestens bei der Auszahlung der Entschädigung schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), mitzuteilen. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Ende des laufenden Versicherungsjahres, frühestens jedoch 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer.
- Das Recht der Versicherten auf Übertritt in die Einzelversicherung gemäss diesen AVB bleibt gewährleistet.

20. Prämie

20.1 Prämienberechnung

Die Berechnung der Prämie erfolgt aufgrund der Angaben in der Police.

Folgende Elemente sind berücksichtigt:

- der einzelne Betrieb wird nach seiner Art und seinen Verhältnissen in den Prämientarif eingereiht;
- sofern es der Prämientarif von Zurich vorsieht und sie zudem über genügend Risikoerfahrung des Betriebes verfügt, wird zusätzlich die vertragsindividuelle Schaden-erfahrung (Erfahrungstarifizierung) zur Prämienbemessung herangezogen.

20.2 Vorauszahlungsprämie

- Beruhet die Prämie auf veränderlichen Grundlagen (wie effektiven Löhnen, Anzahl Personen), so hat der Versicherungsnehmer zu Beginn jedes Versicherungsjahres zunächst die provisorisch festgesetzte Prämie (Vorauszahlungsprämie) zu bezahlen, die der mutmasslich endgültigen möglichst entspricht.
- Zurich kann die Vorauszahlungsprämie jeweils auf den Beginn eines Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anpassen.

20.3 Prämienabrechnung

- Nach Ablauf jedes Versicherungsjahres oder nach Auflösung des Vertrages wird die Prämienabrechnung aufgrund der definitiven Prämienberechnungsgrundlagen vorgenommen. Zu diesem Zweck stellt Zurich dem Versicherungsnehmer ein Formular mit der Aufforderung zu, ihr darauf die in Frage kommenden Angaben zur Erstellung der Prämienabrechnung mitzuteilen.
- Sofern der Versicherungsnehmer Lohn- und Sozialdaten des Versicherten elektronisch meldet, ist Zurich ermächtigt, diese zwecks Standardisierung der Deklaration und Übermittlung im eGovernment-Bereich zu bearbeiten und im erforderlichen Umfang an Dritte bekannt zu geben.
- Eine sich aus der Prämienabrechnung ergebende Nachprämie geht zulasten des Versicherungsnehmers. Eine Rückprämie lässt Zurich dem Versicherungsnehmer zugehen. Stellt sich die Nach- oder Rückprämie auf einen Betrag unter CHF 5.–, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.
- Sendet der Versicherungsnehmer die Erklärung zur Prämienabrechnung nicht innert Monatsfrist seit Empfang des Deklarationsformulars an Zurich zurück, ist sie berechtigt, die mutmassliche endgültige Prämie nach eigenem Ermessen festzusetzen.
- Zurich hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Er hat ihr oder ihrem Beauftragten zu diesem Zweck Einblick in sämtliche massgeblichen Unterlagen (Lohnbücher, Belege usw.) zu gewähren.

- f) Bis zu einer prämienpflichtigen Jahreslohnsumme aller nicht namentlich erwähnten, versicherten Personen von CHF 10'000.– verzichten die Vertragsparteien auf eine jährliche Prämienabrechnung aufgrund des effektiven Lohnes am Ende des Versicherungsjahres. Übersteigt die effektive Jahreslohnsumme jedoch CHF 10'000.–, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies Zurich mitzuteilen und die allfällig erforderliche Mehrprämie zu bezahlen, gegebenenfalls rückwirkend im Rahmen der gesetzlichen Fristen.

20.4 Prämienrückerstattung

- a) Wird der Vertrag vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, erstattet Zurich die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, zurück und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.
- b) Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode bleibt jedoch ganz geschuldet, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Teilschadenfall innerhalb eines Jahres seit Vertragsabschluss kündigt.

20.5 Ratenzahlung

Die erst im Verlauf des Versicherungsjahres fällig werden den Raten gelten nur als gestundet.

21. Änderung der Prämie

- a) Zurich kann die Prämie jeweils auf Beginn des folgenden Kalenderjahres anpassen. Grund einer Prämienanpassung kann insbesondere die Änderung des Prämientarifs (zum Beispiel aufgrund der Schadenerfahrung) oder der Einreihung des Betriebs in den Prämientarif sein.
- b) Auf Vertragsablauf kann Zurich die Prämienätze der allfällig veränderten Zusammensetzung des Versichertenbestandes (Alter und Geschlecht) sowie der Schadenerfahrung anpassen.
- c) Zurich informiert den Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres.
- d) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den von der Änderung betroffenen Teil des Vertrages oder den Vertrag in seiner Gesamtheit auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres Zurich zugegangen sein.
- e) Kündigt der Versicherungsnehmer nicht bis Ende des laufenden Versicherungsjahres, gilt dies als Zustimmung zu den Vertragsänderungen.

22. Überschussbeteiligung

- a) Ist die Versicherung mit Überschussbeteiligung abgeschlossen, vergütet Zurich dem Versicherungsnehmer nach Ablauf der vereinbarten Abrechnungsperiode einen Anteil am allfälligen Überschuss. Die Überschussmodalitäten werden in der Police festgehalten. Bei einer Vertragsänderung werden die Überschussmodalitäten

dem neuen Prämientotal angepasst. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Vertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

- b) Der Überschuss wird ermittelt, indem die ausbezahlten Versicherungsleistungen für die während der Abrechnungsperiode eingetretenen Versicherungsfälle von der massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallende Prämie abgezogen werden.
- c) Sind auf Ende einer Abrechnungsperiode noch Versicherungsfälle hängig, wird die Abrechnung der Überschussbeteiligung bis zu deren Erledigung zurückgestellt. Ein allfälliger negativer Saldo aus einer Abrechnungsperiode wird nicht auf die folgende Periode vorgetragen.
- d) Werden nach erfolgter Überschussabrechnung noch Zahlungen für Krankheitsfälle erbracht, welche in eine abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine Korrektur der Überschussabrechnung erstellt. Allenfalls bereits erfolgte Überschussvergütungen kann Zurich zurückfordern.

23. Obliegenheiten bei Gefahrsänderung

Bei jeder Änderung einer für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsache (insbesondere Art des versicherten Betriebes bzw. Berufes, Tätigkeit der versicherten Personen), ist Zurich unverzüglich schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail) zu informieren.

23.1 Gefahrserhöhung

Bei einer wesentlichen Gefahrserhöhung kann Zurich

- mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Gefahrserhöhung für den Rest der Vertragsdauer eine Prämienhöhung vornehmen;
- den Vertrag innert 14 Tagen seit Zugang der Mitteilung bei Zurich mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), kündigen.

Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienhöhung nicht einverstanden, so ist dieser seinerseits berechtigt, den Vertrag innert 14 Tagen seit Zugang der Prämienhöhungsanzeige von Zurich mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), zu kündigen.

In beiden Fällen hat Zurich Anspruch auf die Prämienhöhung vom Zeitpunkt der Gefahrserhöhung bis zum Erlöschen des Vertrags.

23.2 Gefahrsminderung

Bei einer wesentlichen Gefahrsminderung ist der Versicherungsnehmer berechtigt,

- den Vertrag mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), zu kündigen;
- eine Prämienreduktion ab Zugang der Mitteilung bei Zurich zu verlangen.

Lehnt Zurich eine Prämienreduktion ab oder ist der Versicherungsnehmer mit der angebotenen Reduktion nicht einverstanden, so ist dieser berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen seit Zugang der Stellungnahme von Zurich mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht (z. B. per E-Mail), zu kündigen.

In beiden Fällen hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die Prämienreduktion ab Zugang der Mitteilung bei Zurich bis zum Erlöschen des Vertrags.

24. Quellensteuer auf Leistungen im Schadenfall

- a) Richtet Zurich Lohnersatzleistungen für quellensteuerpflichtige Versicherte dem Versicherungsnehmer aus, sorgt dieser für die ordnungsgemässe Abrechnung mit der zuständigen Steuerbehörde.
- b) Wird Zurich trotzdem von der Steuerbehörde belangt, steht ihr ein Regressrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

25. Brokerklausel

Soweit der Versicherungsnehmer durch einen Broker vertreten wird, ist dieser berechtigt, den Geschäftsverkehr mit Zurich abzuwickeln. Er ist vom Versicherungsnehmer bevollmächtigt, Anfragen, Anzeigen, Deklarationen, Willenserklärungen u. ä. (jedoch keine Zahlungen) von Zurich entgegenzunehmen und für den Versicherungsnehmer gegenüber Zurich abzugeben. Mit dem Eingang beim Broker gelten diese dem Versicherungsnehmer gegenüber als zugegangen.

26. Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen

Zurich gewährt keine Deckung und ist nicht verpflichtet, Zahlungen oder andere Leistungen zu erbringen, soweit anwendbare Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen verletzt würden.

27. Mitteilungen an Zurich

- a) Alle Mitteilungen sind Zurich an ihren Hauptsitz oder der Vertretung, die auf der letzten Prämienrechnung aufgeführt ist, zuzustellen.
- b) Für Fragen und Mitteilungen wenden Sie sich bitte an Ihre Vertretung oder an die Gratisnummer 0800 80 80 80.

28. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

- a) Auf den vorliegenden Vertrag ist schweizerisches Recht anwendbar unter Ausschluss sämtlicher Kollisionsnormen.
- b) Als Gerichtsstand stehen dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten für Streitigkeiten aus diesem Vertrag wahlweise zur Verfügung:
 - Zürich;
 - der schweizerische oder liechtensteinische – nicht aber ein anderer, ausländischer – Wohnsitz oder Sitz des Versicherungsnehmers, Versicherten oder Anspruchsberechtigten.
- c) Dem Versicherten steht zudem der Gerichtsstand an seinem üblichen Arbeitsort zur Verfügung.

