

Krankentaggeld- versicherung (KTG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 2017-1

Inhalt

Krankentaggeldversicherung (KTG)
Allgemeine Versicherungsbedingungen
(AVB) für die Schweiz

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

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Elips Versicherungen AG, Triesen LI, nachfolgend elipsLife genannt.

1.2. Grundlagen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag besteht aus der Offerte resp. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen, der Versicherungspolice, den in der Versicherungspolice aufgeführten Besonderen Bedingungen (BB), den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Soweit im Versicherungsvertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart worden ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

1.3. Gegenstand der Versicherung

Die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen ist eine Risikoversicherung und deckt den Lohnausfall, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsteht. Die Deckung des Lohnausfalls infolge Unfall und Geburt (Geburtengeld) kann eingeschlossen werden. Gleiches gilt für den Lohnnachgenuss. Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

1.4. Versicherungsnehmer

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

1.5. Versicherte Personen

Die folgenden Personen können versichert werden:

- a) Arbeitnehmende des Versicherungsnehmers
- b) Personen, die in einer besonderen Vereinbarung erfasst sind
- c) Selbstständig Erwerbende und Betriebsinhaber mit fester Lohnsumme

1.6. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in der ganzen Welt.

1.7. Zeitlicher Geltungsbereich

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen während der in der Versicherungspolice festgelegten Vertragsdauer, längstens aber bis zur Beendigung des Versicherungsvertrages. Vorbehalten sind die Bestimmungen über die Nachleistung.

1.8. Datenschutz

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden von elipsLife vertraulich und in Übereinstimmung mit den Schweizerischen und Liechtensteinischen Gesetzen bearbeitet.

1.9. Männliche und weibliche Form

elipsLife bekennt sich zur Gleichstellung von Mann und Frau. Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der männlichen und weiblichen Schreibweise erfolgt aufgrund der besseren Lesbarkeit.

2. Versicherungsleistungen

2.1. Versicherte Personen

2.1.1. Arbeitnehmende

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

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

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

2.1.2. Versicherung aufgrund besonderer Vereinbarung

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind:

- a) kurzfristige Aushilfen (d.h. Aushilfen mit einem bis zu drei Monate befristeten Aushilfsvertrag),
- b) Heimarbeiterinnen und Heimarbeiter,

- c) Die dem schweizerischen Sozialversicherungsgesetz unterstellten Personen mit Wohnsitz im Ausland, die weder Grenzgänger, Kurzaufenthalter noch Entsandte sind.

2.1.3. Personen mit fester Jahreslohnsumme

Selbständig Erwerbende, Betriebsinhaber sowie im Betrieb mitarbeitende Ehegatten/Lebenspartner, Kinder oder Eltern, welche nicht in der Lohnbuchhaltung geführt werden, sind versichert, sofern sie namentlich und mit fester Lohnsumme in der Versicherungspolice aufgeführt sind.

Geschäftsführer, welche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmende gelten, können auf Antrag eine feste Lohnsumme versichern.

Die Leistungspflicht erstreckt sich auf den tatsächlich entstandenen Schaden (Schadenversicherung), bis zur maximal vereinbarten Versicherungssumme.

2.2. Nicht versicherte Personen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

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

2.3. Leistungsumfang

2.3.1. Allgemein

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

2.3.2. Taggeld

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

2.3.3. Lohnfortzahlung

Eine Lohnfortzahlung wird auch bei Rückfällen oder späteren Folgen von Unfällen subsidiär erbracht, falls diese nicht anderweitig versichert ist oder für die aufgrund anderer Deckungen eine Leistungspflicht nicht oder nicht mehr besteht.

2.3.4. Lohnnachgenuss

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

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

2.3.5. Geburtengeld

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

2.3.6. Familienzulagen

Kinder- und Ausbildungszulagen der Familienausgleichskassen sind als Bestandteil des versicherten Einkommens prämienfrei mitversichert. Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartezeit, frühestens ab dem 5. Kalendermonat. Soll diese Deckung nicht versichert werden, kann dies durch den Arbeitgeber ausdrücklich ausgeschlossen werden.

2.4. Leistungsvoraussetzungen

2.4.1. Krankheit

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

2.4.2. Unfall

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

2.4.3. Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

2.4.4. Tod

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

2.4.5. Mutterschaft

Der Anspruch auf Geburtengeld entsteht mit dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Erwerbersersatzordnung (EOG).

2.5. Versicherter Verdienst

2.5.1. Allgemein

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil (im Schaltjahr der 366. Teil) des versicherten Verdienstes. Das ermittelte Taggeld wird pro Kalendertag ausgerichtet. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung). Der Lohnnachgenuss entspricht 2/12 des AHV-Lohnes.

2.5.2. AHV Lohnsumme

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

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

Lohnanpassungen infolge Änderung des Beschäftigungsgrades oder genereller Lohnerhöhungen werden nur berücksichtigt, wenn diese vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits vertraglich vereinbart worden sind. Für die Todesfalldeckung gilt die versicherte Summe als Bemessungsgrundlage.

2.5.3. Feste Lohnsumme

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

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

2.6. Maximaldeckung

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

2.7. Leistungsdauer

2.7.1. Grundsatz

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

2.7.2. Wartefrist

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Die Wartefrist wird pro Versicherungsfall berechnet.

Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage.

2.7.3. Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit oder von Unfallfolgen (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit oder der gleichen Unfallfolgen während zwölf

Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalles. Die bereits verrechnete Wartefrist wird bei einem anerkannten Rückfall nicht erneut in Abzug gebracht.

2.7.4. Nachleistung

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

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

Die Nachleistung kommt nicht zur Anwendung:

- a) wenn ein anderer Versicherer auf Grund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterausrichtung der Taggeldleistungen gewährleisten muss,
- b) bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit resp. bei einem befristeten Anstellungsverhältnis,
- c) bei Pensionierung, auch wenn diese vorzeitig erfolgt,
- d) bei Arbeitnehmenden mit Wohnsitz im Ausland (gilt nicht für Grenzgänger).

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

2.7.5. Leistungsdauer bei Geburt

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

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

2.7.6. Leistungsdauer im AHV-Alter

Für versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters oder nach einer frühzeitigen Pensionierung weiterhin erwerbstätig bleiben, besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld noch während gesamthaft 180 Tagen, inklusive der vertraglich vereinbarten Wartefrist, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

2.7.7. Anrechnung bei Vertragsübernahme

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

2.7.8. Leistung im Todesfall

elipsLife erbringt die versicherten Leistungen, wenn der Tod amtlich bescheinigt ist. Vorbehalten sind die Bestimmungen über den Leistungsausschluss gemäss Artikel 3.1.

2.8. Rückerstattung

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen sind elipsLife zurück zu erstatten.

2.9. Leistungsausrichtung

2.9.1. Auszahlung von Taggeldern bei Krankheit und Unfall

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

2.9.2. Auszahlung des Lohnnachgenusses

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

2.9.3. Verrechnung

elipsLife kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen. Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen.

2.9.4. Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers resp. der versicherten Person gegenüber elipsLife verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht von elipsLife begründet.

3. Einschränkungen des Deckungsumfangs

3.1. Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

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

3.2. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

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

3.3. Minimale Leistungsdauer (nach Skala)

Minimale Leistungen werden ausgerichtet:

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

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

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

Kehren Kurzaufenthalter jedes Jahr in die versicherte Unternehmung zurück, wird die Anstellungsdauer aufgrund der in der Unternehmung gesamthaft geleisteten Arbeitsmonate angerechnet.

4. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

4.1. Beginn des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsdeklaration

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

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

4.2. Einzelprüfung mit Gesundheitsdeklaration

Selbstständig Erwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, sowie Kleinbetriebe bis und mit fünf Mitarbeiter müssen die Aufnahme in die Versicherung bei Vertragsbeginn je einzeln beantragen. elipsLife führt eine Prüfung der versicherten Lohnsumme und eine Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz beginnt erst, nachdem elipsLife die Aufnahme schriftlich bestätigt hat.

4.3. Ende des Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person endet der Versicherungsschutz:

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

4.4. Versicherungsschutz nach der maximalen Leistungsdauer

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

Teilinvaliden Personen sind im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit und des Beschäftigungsgrades versichert.

4.5. Übertritt in die Einzelversicherung

4.5.1. Übertrittsrecht

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

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

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

4.5.2. Informationspflicht des Arbeitgebers

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

4.5.3. Umfang der Weiterversicherung

elipsLife gewährt der übertretenden Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung die zum Zeitpunkt des Übertritts versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich auf den nach dem Übertritt erzielten Lohn bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV), im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen bzw. das maximal versicherbare Taggeld der Einzelversicherung. Nicht erwerbstätige Personen können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern. Für Arbeitslose im Sinne von Art. 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten zudem die Bestimmungen von Art. 100 Abs. 2 VVG.

4.5.4. Anrechnung bereits bezogener Leistungen

Bereits bezogene Leistungen,

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

werden an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.

4.5.5. Ausschluss des Übertrittsrechts

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a) bei Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber und Übertritt in dessen Krankentaggeldversicherung,
- b) wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Versicherungsvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat und dieser aufgrund des Freizügigkeitsabkommens die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss,
- c) solange Leistungen im Rahmen der Nachleistung erbracht werden,
- d) wenn die versicherte Person pensioniert wird, inkl. vorzeitiger Pensionierung spätestens bei Erreichen des AHV-Rentenalters,
- e) wenn die versicherte Person nach dem Austritt keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und weder bei der Arbeitslosenversicherung (ALV) gemeldet ist noch Anspruch auf Erziehungsgutschriften gemäss Art. 29sexies AHVG hat,
- f) solange erst eine provisorische Deckungszusage erfolgt ist,
- g) nach Ausschöpfung der maximalen Leistungsdauer aus dieser Versicherung.

5. Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

5.1. Beginn des Versicherungsvertrages

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

5.2. Dauer des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Kalenderjahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern er nicht fristgemäss gekündigt wird.

5.3. Beendigung des Versicherungsvertrages

5.3.1. Kündigung

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

5.3.2. Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag erlischt mit sofortiger Wirkung:

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

5.3.3. Auflösung durch elipsLife

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

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

durch die nicht angezeigte Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat elipsLife Anspruch auf Rückerstattung.

5.3.4. Kündigungsverzicht im Schadensfall

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

6. Prämien

6.1. Prämienberechnung

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

6.2. Prämienzahlung

6.2.1. Rechnungsstellung und Fälligkeit

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

6.2.2. Schlussabrechnung

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

6.2.3. Einsichtnahme in Lohnbuchhaltung

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

6.2.4. Prämienrückerstattung

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

6.2.5. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt durch elipsLife eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam. Erfolgt trotz Mahnung bis Ablauf der Mahnfrist keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht ab Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten.

Für Leistungsfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht eintreten, besteht auch bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie kein Leistungsanspruch. Wird die ausstehende Akontoprämie bzw. Schlussabrechnung nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Versicherungsvertrag.

6.3. Prämienbefreiung im Schadensfall

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

6.4. Prämienanpassung

elipsLife hat das Recht aufgrund der Schadenerfahrung die Prämie auf das folgende Kalenderjahr anzupassen. Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf eines Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

6.5. Überschussbeteiligung

Es kann eine Überschussbeteiligung vereinbart werden. Ist eine Überschussbeteiligung vereinbart, wird der Versicherungsnehmer jeweils nach drei vollen Versicherungsjahren (= Abrechnungsperiode) an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag beteiligt. Der Überschuss wird ermittelt, indem die erbrachten und reservierten Versicherungsleistungen von dem massgebenden, auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämienanteil abgezogen werden. Der massgebende Anteil der Prämie und das Überschussbeteiligungs-System ist in der Versicherungspolice erwähnt. Die Abrechnung wird erstellt, sobald die auf die Abrechnungsperiode entfallenden Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle erledigt respektive vollständig reserviert sind. Verluste werden nicht auf die nächste Abrechnungsperiode vorgetragen. Werden nach erfolgter Abrechnung Krankheitsfälle und Folgen von Unfällen nachgemeldet oder weitere Zahlungen geleistet, die in die abgeschlossene Abrechnungsperiode fallen, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. elipsLife kann bereits ausbezahlte Überschussanteile zurückfordern. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Abrechnungsperiode aufgehoben wird.

7. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

7.1. Pflichten im Schadenfall

Führt eine Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich zu Versicherungsleistungen:

- a) hat die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer elipsLife dies mittels des zur Verfügung gestellten Formulars innert fünf Tagen anzumelden. Bei einer Wartefrist von mehr als 21 Tagen hat die Anmeldung spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Gleichzeitig mit der Anmeldung ist die ärztliche Bescheinigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei elipsLife einzureichen. Erfolgt die Anmeldung ohne ausreichende Begründung verspätet, gewährt elipsLife Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies elipsLife unverzüglich zu melden. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, ist die versicherte Person verpflichtet, alle 4 Wochen eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- b) ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten.
- c) hat sich die versicherte Person auf Verlangen von elipsLife Untersuchungen durch von elipsLife beauftragten Ärzten zu unterziehen. Die Kosten hierfür trägt elipsLife.
- d) ist die versicherte Person verpflichtet, einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.

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

7.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Leistungsminderung beitragen kann. Die versicherte Person, welche in ihrem ursprünglichen Beruf voraussichtlich voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre verbleibende Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu verwerten resp. sie hat sich bei der Arbeitslosenversicherung anzumelden. elipsLife fordert die versicherte Person unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf, die bisherige Tätigkeit anzupassen oder einen Stellen- resp. Berufswechsel vorzunehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von elipsLife die Anmeldung bei der IV, können die Taggelderleistungen vorübergehend eingestellt werden.

7.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer stellt in allen Fällen, in denen ein Leistungsanspruch bei elipsLife geltend gemacht wird, elipsLife sämtliche erforderlichen Informationen, die für die Beurteilung der Leistungspflicht, Leistungshöhe oder Leistungsdauer erforderlich sind, zur Verfügung.

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen gegenüber elipsLife von der Schweigepflicht. elipsLife kann nötigenfalls bei anderen Versicherungsträgern Auskünfte einholen.

Die versicherte Person und der Versicherungsnehmer erteilen elipsLife unaufgefordert Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind elipsLife Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Der Versicherungsnehmer hat die Auskunftspflicht gegenüber der versicherten Person durchzusetzen.

elipsLife kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

7.4. Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

7.5. Quellensteuer

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

8. Leistungen Dritter

8.1. Koordination

8.1.1. Im Allgemeinen

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

8.1.2. Mehrfachversicherung

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

8.1.3. Leistungsverzicht

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

8.1.4. Vorleistungen und Regress

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

8.2. Überentschädigung

8.2.1. Arbeitnehmer

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

8.2.2. Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern

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

9. Kundendaten und Datenschutz

9.1. Verwaltung von Kundendaten

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden von elipsLife vertraulich und in Übereinstimmung mit den Schweizerischen und Liechtensteinischen Gesetzen bearbeitet.

Während für die Vertragsverwaltung eher allgemeine Daten wie Adressdaten, Alter usw. bearbeitet werden, sind es im Rahmen der Antragsbearbeitung und der Leistungserbringung insbesondere auch Gesundheitsdaten. Diese werden

von elipsLife elektronisch oder physisch gespeichert und archiviert. Dies umfasst auch Daten von Verträgen, die nicht in Kraft gesetzt werden oder bei welchen die erste Prämie nicht bezahlt wird.

Mit der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Anzeige eines Leistungsfalls wird elipsLife ermächtigt, die entsprechenden Daten zu bearbeiten aber auch weitere Daten bei Dritten (Ärzte, Spitäler, Vorversicherer, Amtsstellen usw.) einzuverlangen. Die Einforderung solcher Daten bedingt immer auch die Bekanntgabe von Personendaten an diese Dritte.

Hat der Versicherungsnehmer einen Broker mit der Wahrung seiner Interessen beauftragt, so gewährt elipsLife dem Broker Einsicht in die entsprechenden Daten sofern er vom Kunden entsprechend ermächtigt wurde.

Ansonsten werden ohne die Zustimmung der betroffenen Person Daten von elipsLife nur an allfällige Rückversicherer bekannt gegeben.

9.2. Weitergabe von Daten

elipsLife kann für die Verwaltung dieses Produkts notwendigen Geschäftsbereiche oder Teile davon auf Dritte im In- und Ausland übertragen und diesen die für die Erfüllung der entsprechenden Aufgabe notwendigen Daten übermitteln. Auch in diesem Fall bleiben Ihre Daten entsprechend den Anforderungen des Datenschutzgesetzes geschützt.

9.3. Recht auf Auskunft

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben das Recht, jederzeit Auskunft über die von elipsLife bearbeiteten Daten zu verlangen und die Bearbeitung dieser Daten durch elipsLife ganz oder teilweise zu untersagen. Vorbehalten bleibt die im Gesetz vorgesehene Bekanntgabe von Daten.

10. Schlussbestimmungen

10.1. Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung von elipsLife weder abgetreten noch verpfändet werden.

10.2. Örtliche Geltung

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

10.3. Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich, zuzustellen. Alle Mitteilungen seitens elipsLife erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder in Liechtenstein.

10.4. Gerichtsstand

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

10.5. Verjährung

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

10.6. Meldepflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet elipsLife umgehend Anpassungen betreffend der Adresse, der Geschäftstätigkeit oder anderer vertragsrelevanter Faktoren zu melden.

10.7. Informationspflicht des Versicherungsnehmers

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