



Einzel-Taggeldversicherungen STANDARD und PLUS

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Kundeninformation gemäss VVG

Kundeninformation

Die nachstehende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, nachstehend CONCORDIA genannt, mit statutarischem Sitz am Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die CONCORDIA ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht.

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

Die Versicherung deckt die finanziellen Folgen folgender Risiken:

- Krankheit und/oder
- Unfall und/oder
- Mutterschaft.

Die konkret versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Keine Versicherungsdeckung besteht unter anderem für Arbeitsunfähigkeiten in Zusammenhang mit:

- Konsum von Drogen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
 - versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung;
- sowie infolge von:
- Zellulartherapien, Abmagerungskuren sowie Kräftigungstherapien;
 - kosmetischen Behandlungen und Geschlechtsumwandlungen (sowie deren Komplikationen und Spätfolgen).

Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:

- wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- bei grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten;
- bei Unfällen als Folge von Wagnissen.

Die versicherten Leistungen aus der Einzel-Taggeldversicherung STANDARD werden um die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie um das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen gekürzt.

Weitere Ausschlüsse und Kürzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie kann von Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken, der Höhe des Taggeldes und der Wartefrist sowie der vereinbarten Leistungsdauer abhängen. Alle Angaben zur Prämie sind im Versicherungsantrag bzw. in der Versicherungspolice ersichtlich.

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres oder – bei Ratenzahlungen – am 1. des jeweiligen Monats fällig.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **Schadenminderungspflicht:** Die versicherte Person hat bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfalls sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten. Der Versicherte, der in seinem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerten.
- **Meldepflicht:** Das versicherte Ereignis ist der CONCORDIA unverzüglich zu melden.
- **Mitwirkungspflicht:** Die versicherte Person hat der CONCORDIA vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Schwangerschaft) sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die sie behandelnde Medizinalperson (Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der CONCORDIA. Der Versicherte ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle,

zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies ein Arzt oder der Versicherer anordnet. Die versicherte Person ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

Wie lange dauert der Vertrag?

Die Versicherung wird für die im Vertrag festgelegte Dauer auf das Ende einer Versicherungsperiode (Kalenderjahr) abgeschlossen und erneuert sich nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Wann endet der Vertrag?

Die Versicherung erlischt:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- durch Kündigung;
- durch Rücktritt des Versicherungsnehmers oder des Versicherers;
- mit Bezug einer AHV-Rente;
- bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkurseröffnung;
- mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer;
- durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Führung eines eigenen Haushaltes;
- durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;
- durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anders lautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

Die Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der Vertragsdauer und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft.

Zudem kann der Versicherungsnehmer die Versicherung bei Änderungen der Prämientarife auf Ende der laufenden Versicherungsperiode schriftlich kündigen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode bei der CONCORDIA eintrifft.

Die CONCORDIA kann zudem den Vertrag kündigen:

- wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht).

Die CONCORDIA kann vom Vertrag zurücktreten:

- wenn der Versicherungsnehmer mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und die CONCORDIA darauf verzichtet, die Prämie einzufordern;
- im Falle eines Versicherungsbetrugs.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wie bearbeitet die CONCORDIA Daten?

Die CONCORDIA bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die CONCORDIA kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann die CONCORDIA bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.



Einzel-Taggeldversicherungen STANDARD und PLUS

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

<p>I. Allgemeines Grundlagen 1 Versicherer 2</p> <p>II. Umfang der Versicherung Gegenstand der Versicherung 3 Aufnahme in die Versicherung 4 Örtlicher Geltungsbereich 5</p> <p>III. Versicherungsmöglichkeiten Varianten 6 Wartefristen 7 Höchstzulässige Versicherung 8</p> <p>IV. Begriffsbestimmungen Männliche und weibliche Form 9 Schadenversicherung 10 Summenversicherung 11 Arbeitsunfähigkeit 12 Krankheit 13 Unfall 14 Rückfall, neuer Versicherungsfall 15 Versicherungsperiode 16</p> <p>V. Beginn und Ende der Versicherung Beginn des Versicherungsschutzes 17 Vertragsdauer 18 Ersatzpolice 19 Ende der Versicherung 20 Kündigung 21 Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht 22 Erlöschen des Leistungsanspruchs 23</p> <p>VI. Versicherte Leistungen Leistungsanspruch 24 Wartefrist 25 Leistungsdauer 26 Kurzaufenthalter und Saisonangestellte 27 Leistungen im Ausland 28 Schwangerschaft 29 Geburt 30</p> <p>VII. Prämien Prämientarif 31 Fälligkeit, Prämienzahlung 32 Mahnung, Zahlungsverzug 33 Anpassung des Prämientarifs 34 Änderung der Prämienabstufung 35</p>	<p>Art.</p>	<p>VIII. Pflichten und Anspruchsbegründung Pflichten und Obliegenheiten 36 Anspruchsbegründung 37</p> <p>IX. Einschränkungen des Versicherungsschutzes Ausschlüsse 38 Kürzung und Verweigerung von Leistungen 39 Mehrfachversicherung 40 Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung 41 Vorleistung und Regress 42</p> <p>X. Verschiedenes Verrechnung, Abtretung und Verpfändung 43 Erfüllung 44 Mitteilungen 45 Gerichtsstand 46</p> <p>I. Allgemeines</p> <p>1 Grundlagen 1.1 Grundlagen des Vertrages bilden: 1.1.1 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen; 1.1.2 die schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer (Antragsteller) und die Versicherten (die zu versichernden Personen) im Antrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgeben. 1.2 Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen gehen diesen AVB vor. 1.3 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).</p> <p>2 Versicherer Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, im Folgenden CONCORDIA genannt, Luzern.</p>
---	-------------	--

II. Umfang der Versicherung

3 Gegenstand der Versicherung

- 3.1 Der Versicherer gewährt im Rahmen der nachstehenden Bestimmungen und der in der Police sowie allfälligen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) festgesetzten Leistungen Versicherungsschutz für die bei Arbeitsunfähigkeit entstehenden wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburten und Unfällen.
- 3.2 Die Versicherung kann als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) oder als Schadenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung STANDARD) abgeschlossen werden.

4 Aufnahme in die Versicherung

- 4.1 Die Versicherung steht nur erwerbstätigen und Haushalt führenden Personen offen.
- 4.2 Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit einer Gesundheitsprüfung.
- 4.3 Zur Aufnahme in die Versicherung oder bei Versicherungsänderungen ist das dafür vorgesehene Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und dem Versicherer zuzustellen. Das Gleiche gilt für allfällig verlangte ergänzende Angaben. Der Entscheid kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.
- 4.4 Hat der Antragsteller oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere zum Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 4.5 Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherung ganz abzulehnen.

5 Örtlicher Geltungsbereich

- 5.1 Die Versicherung gilt weltweit.
- 5.2 Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland werden die versicherten Leistungen nur während der Dauer eines Spitalaufenthalts ausgerichtet.
- 5.3 Ist der Versicherte für einen schweizerischen Arbeitgeber im Ausland tätig, werden die vollen versicherten Leistungen gewährt. Neben der ärztlichen Bescheinigung hat der Versicherte seine Arbeitsunfähigkeit auch vom Arbeitgeber bestätigen zu lassen.
- 5.4 Die Taggeldleistungen werden nur bei Spitalbehandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Bei Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.

- 5.5 Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen gewährt.
- 5.6 Für Grenzgänger ist ein Grenzkorridor von 20 km ab der Schweizer Landesgrenze der Schweiz gleichgestellt.

III. Versicherungsmöglichkeiten

6 Varianten

- 6.1 Es können folgende Versicherungsvarianten gewählt werden:
- Taggeld bei Krankheit;
 - Taggeld bei Unfall;
 - Taggeld für Haushalt Führende, bei Krankheit und Unfall.
- 6.2 Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.
- 6.3 Haushalt Führende können die Taggeldversicherung nur als Summenversicherung (Einzel-Taggeldversicherung PLUS) mit einer Leistungsdauer von 365 Tagen abschliessen.

7 Wartefristen

Die Taggeldversicherungen können mit Wartefristen von unterschiedlicher Dauer abgeschlossen werden. Massgebend sind die entsprechenden Prämientarife.

8 Höchstzulässige Versicherung

- 8.1 Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld.
- 8.2 Personen, die einen eigenen Haushalt führen, können ein Taggeld in 10er-Schritten von CHF 10 bis höchstens CHF 50 versichern.
- 8.3 Die Höchstbeträge können auch durch Kumulation verschiedener Versicherungsabschlüsse beim Versicherer nicht überschritten werden.

IV. Begriffsbestimmungen

9 Männliche und weibliche Form

Die in diesen AVB und weiteren Bestimmungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

10 Schadenversicherung

Die Schadenversicherung deckt den infolge Krankheit und – sofern vereinbart – infolge Geburt und Unfällen entstandenen Erwerbsausfall, wobei Lohnfortzahlungen des Arbeitgebers sowie die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen oder anderer Zahlungspflichtiger angerechnet werden. Die Ausrichtung der versicherten Leistung hängt davon ab, ob und in welchem Ausmass die versicherte Person als Folge von Krankheit und – sofern vereinbart – von Geburt und Unfällen einen Schaden erlitten hat. Art. 41 findet Anwendung.

11 **Summenversicherung**

Bei der Summenversicherung werden die Leistungen bei Krankheit und – sofern vereinbart – bei Geburt und Unfällen unabhängig vom dadurch entstandenen Schaden ausgerichtet. Die Leistungen anderer Privat- und Sozialversicherungen oder anderer Zahlungspflichtiger werden nicht berücksichtigt. Eine Reduktion der Leistungen bzw. eine Berücksichtigung der Übererschädigung bei Leistungen Dritter erfolgt nicht. Die Art. 40 und 41 finden keine Anwendung.

12 **Arbeitsunfähigkeit**

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge einer versicherten Krankheit oder eines versicherten Unfalles ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen derzeitigen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn sie den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist.

13 **Krankheit**

Als Krankheit gilt jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall, eine unfallähnliche Körperschädigung oder eine Berufskrankheit entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung zurückzuführen ist.

14 **Unfall**

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung.

15 **Rückfall, neuer Versicherungsfall**

15.1 Medizinisch mit früheren Krankheiten oder Unfällen zusammenhängende Krankheiten und Unfälle gelten als Rückfall.

15.2 Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund der gleichen Ursache während mindestens 180 Tagen weder ärztlich behandelt wurde noch ganz oder teilweise arbeitsunfähig war.

15.3 Führt im Anschluss an einen leistungspflichtigen Krankheitsfall ein neuer Krankheitsfall mit anderer Ursache unmittelbar zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, gelten beide Krankheitsfälle hinsichtlich Leistungsdauer zusammen als ein Krankheitsfall, sofern zwischen beiden Krankheitsfällen nicht eine volle Arbeitsfähigkeit von mindestens 30 Tagen bestanden hat.

16 **Versicherungsperiode**

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

V. **Beginn und Ende der Versicherung**

17 **Beginn des Versicherungsschutzes**

Die Versicherung kann auf den Ersten eines jeden Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

18 **Vertragsdauer**

Die Versicherung wird für die im Vertrag festgelegte Dauer auf das Ende einer Versicherungsperiode (Kalenderjahr) abgeschlossen und erneuert sich nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr.

19 **Ersatzpolice**

Wird eine Police ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen, die vertragsgemäss betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen angerechnet.

20 **Ende der Versicherung**

20.1 Die Versicherung erlischt:

20.1.1 mit dem Tod des Versicherten;

20.1.2 durch Kündigung;

20.1.3 durch Rücktritt des Versicherungsnehmers oder des Versicherers (Art. 33.2);

20.1.4 mit Bezug einer AHV-Rente;

20.1.5 bei Konkurs des Versicherungsnehmers mit der Konkurseröffnung;

20.1.6 mit Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer;

20.1.7 durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. der Führung eines eigenen Haushaltes;

20.1.8 durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;

20.1.9 durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anders lautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

20.2 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend schriftlich mitzuteilen, wenn einer der in Art. 20.1.7–20.1.9 genannten Gründe eintritt. Wird diese Mitteilung unterlassen, ist der Versicherer nicht mehr an den Vertrag gebunden.

21 **Kündigung**

21.1 Die Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist frühestens auf Ablauf der Vertragsdauer und danach auf das Ende jeder Versicherungsperiode (Art. 16) gekündigt werden.

21.2 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung zudem bei Änderungen der Prämientarife gemäss Art. 34 kündigen.

21.3 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der Kündigungsfrist beim Versicherer bzw. beim Versicherungsnehmer eingegangen ist.

22 Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht
Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt eines versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen, ausser bei Anzeigepflichtverletzung sowie versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

23 Erlöschen des Leistungsanspruchs
Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für bestehende Arbeitsunfähigkeiten) erlischt mit dem Ende der Versicherung. Vorbehalten bleibt der Rückerstattungsanspruch des Versicherers bei Anzeigepflichtverletzung.

VI. Versicherte Leistungen

24 Leistungsanspruch

24.1 Ein Anspruch auf Leistungen entsteht, wenn die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist und die Arbeitsunfähigkeit länger bestanden hat als die vertraglich festgelegte Wartefrist. Der Anspruch besteht frühestens ab fünf Tagen vor der ersten ärztlichen Behandlung und längstens während der vereinbarten Leistungsdauer.

24.2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bemisst sich die Leistung nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 50% ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

24.3 Ist die Krankheit bzw. der Unfall nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, erbringt der Versicherer nur einen entsprechenden Teil der Leistungen. Art. 24.2 findet dabei ebenfalls Anwendung.

25 Wartefrist

25.1 Die Wartefrist beginnt am ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber fünf Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung.

25.2 Für die Berechnung der Wartefrist werden Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% als Tage mit voller Arbeitsunfähigkeit mitgezählt.

25.3 Die Wartefrist wird für jeden Versicherungsfall getrennt berechnet.

25.4 Führt im Anschluss an einen leistungspflichtigen Krankheitsfall ein neuer Krankheitsfall mit anderer oder gleicher Ursache unmittelbar zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, gelten beide Krankheitsfälle hinsichtlich Wartefrist zusammen als ein Krankheitsfall, sofern zwischen beiden Krankheitsfällen nicht eine volle Arbeitsunfähigkeit von mindestens 30 Tagen bestanden hat.

26 Leistungsdauer

26.1 Die versicherten Leistungen werden für die vertraglich vereinbarte Dauer ausgerichtet.

26.2 Werden infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder infolge Leistungen Dritter reduzierte Leistungen ausgerichtet, so gelten für die Berechnung der Leistungsdauer Tage mit reduzierter Leistung als volle Tage.

26.3 Der Versicherte kann durch Verzicht auf Leistungen das Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer nicht verhindern.

26.4 Wartezeiten werden an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

27 Kurzaufenthalter und Saisonangestellte

Kurzaufenthalter und Saisonangestellte haben während der Zwischensaison keinen Anspruch auf Leistungen. In der neuen Saison werden die Leistungen nach Saisonbeginn zum Ansatz des Vorjahres ausbezahlt, sofern nachgewiesen wird, dass bei Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsbewilligung vorgelegen hätte und eine Saisonstelle angetreten worden wäre.

28 Leistungen im Ausland

28.1 Während eines Ferienaufenthaltes im Ausland werden Leistungen erbracht, sofern ein Arztzeugnis über die Arbeitsunfähigkeit und die medizinische Diagnose vorliegt und solange dem Versicherten die Rückreise nicht zumutbar ist.

28.2 Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, verliert sie ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen.

29 Schwangerschaft

29.1 Bei Schwangerschaft besteht nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit infolge von Komplikationen Anspruch auf Leistungen.

29.2 Die versicherten Leistungen werden nur erbracht, wenn der Versicherungsschutz während mindestens eines Jahres vor dem errechneten Geburtstermin bestanden hat.

29.3 Die Leistungspflicht ruht während acht Wochen nach der Geburt. Wird die Erwerbstätigkeit bis zur 16. Woche nach der Geburt nicht wieder aufgenommen, ruht die Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt.

30 Geburt

30.1 Bei der Summenversicherung kann in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Bundesgesetz über den Erwerbssatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) vertraglich ein Geburtengeld vereinbart werden. Besteht im Zeitpunkt der Aufnahme in die Versicherung bereits eine Schwangerschaft, wird kein Geburtengeld ausgerichtet.

30.2 Die vereinbarte Wartezeit wird an die Leistungsdauer angerechnet.

- 30.3 Das Geburtsgeld wird nur erbracht, wenn der Versicherungsschutz mindestens während eines Jahres vor dem errechneten Geburtstermin bestanden hat.
- 30.4 Sofern kein Geburtsgeld vereinbart ist, ruht die Leistungspflicht während acht Wochen nach der Geburt. Wird die Erwerbstätigkeit bis zur 16. Woche nach der Geburt nicht wieder aufgenommen, ruht die Leistungspflicht bis zu diesem Zeitpunkt.

VII. Prämien

31 Prämientarif

- 31.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 16) berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.
- 31.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz vorsehen. Ändert der Beruf, die Tätigkeit oder der zivilrechtliche Wohnsitz des Versicherten, ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich bekannt zu geben. Die Prämien können vom Zeitpunkt der Änderung an angepasst werden.
- 31.3 Die Prämien werden jährlich demjenigen Prämientarif angepasst, der dem aktuellen Alter des Versicherten entspricht.

32 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 32.1 Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen. Sie ist jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres fällig, bei unterjährigem Beginn der Versicherung mit Zustellung der Rechnung für die entsprechende Restzeit eines Jahres.
- 32.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 32.3 Führt der Versicherungsnehmer mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss er einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.
- 32.4 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlauf des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
- 32.5 Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

33 Mahnung, Zahlungsverzug

- 33.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 33.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 33.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass

der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.

- 33.3 Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer und nach Ablauf der Wartefrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

34 Anpassung des Prämientarifs

Ändert der Prämientarif, kann der Versicherer die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat er dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten der neuen Prämien schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

35 Änderung der Prämienabstufung

Bewirkt eine Änderung der Prämienabstufung nach Alter, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz des Versicherten eine Prämienänderung, so kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Änderung die Prämien entsprechend anpassen. Der Versicherungsnehmer hat während 30 Tagen ab Bekanntgabe der neuen Prämie das Kündigungsrecht.

VIII. Pflichten und Anspruchsbegründung

36 Pflichten und Obliegenheiten

- 36.1 Bei jeder Arbeitsunfähigkeit, die voraussichtlich zu Leistungen des Versicherers führt, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Der Versicherte ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.
- 36.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse einzuholen. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat zudem vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf die Arbeitsunfähigkeit sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht. Auf Verlangen des Versicherers entbindet der Versicherte Leistungserbringer, die ihn behandeln oder behandelt

haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.

- 36.3 Der Versicherte ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich zusätzlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.
- 36.4 Der Versicherer behält sich das Recht vor, bei den arbeitsunfähigen versicherten Personen jederzeit Kontrollbesuche vorzunehmen. Der Empfang der Kontrollbesucher des Versicherers oder von beauftragten Drittpersonen kann nicht verweigert werden.
- 36.5 Der Versicherte, der in seinem Beruf oder der angestammten Tätigkeit voraussichtlich dauernd ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, hat eine allfällige Restarbeitsfähigkeit zu verwerfen (Schadenminderungspflicht). Eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf, Erwerbs- oder Aufgabenbereich wird berücksichtigt.
- 36.6 Der Versicherte ist verpflichtet, sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen, insbesondere bei der IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen anzumelden, wenn dies ein Arzt oder der Versicherer anordnet.

37 Anspruchsbegründung

- 37.1 Die Begründung des Anspruches hat durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular zu erfolgen.
- 37.2 Arbeitsunfähigkeiten von versicherten Personen sind dem Versicherer unter Beilage des ärztlichen Attestes spätestens fünf Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, in jedem Fall aber innert 30 Tagen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit anzuzeigen. Bei unentschuldigter verspäteter Meldung besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.
- 37.3 Sind für eine Arbeitsunfähigkeit neben dem Versicherer auch andere Sozial- oder Privatversicherer leistungspflichtig (z.B. Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung, berufliche Vorsorge, andere Taggeldversicherungen), so werden die versicherten Leistungen nur gewährt, wenn der Versicherungsfall den entsprechenden Versicherungen rechtzeitig angemeldet wurde. Neben den in Art. 37.1 und 37.2 erwähnten Unterlagen sind dem Versicherer zudem die Anmeldebestätigung, die Abrechnungen und allfällige Verfügungen des anderen Versicherungsträgers einzureichen.
- 37.4 Zur Geltendmachung eines vertraglich vereinbarten Geburtengeldes ist dem Versicherer ein ärztliches Zeugnis einzusenden, welches über die Dauer der Schwangerschaft und das Datum der Geburt Auskunft gibt.

IX. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

38 Ausschlüsse

- 38.1 Arbeitsunfähigkeiten, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Ausland. Wird der Versicherte jedoch im Land, wo er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten;
 - ausländischer Militärdienst;
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
 - Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen;
 - vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen;
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert;
 - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
 - Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
 - versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.
- 38.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für Arbeitsunfähigkeiten infolge:
- Zellulärtherapie, Abmagerungskuren, Kräftigungstherapien;
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind;
 - kosmetischer Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
 - Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).

39 Kürzung und Verweigerung von Leistungen

- Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:
- 39.1 wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten (Art. 36) gegenüber dem Versicherer nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- 39.2 bei grobfahrlässiger Herbeiführung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten;
- 39.3 bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen

zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

40 Mehrfachversicherung

Bestehen Privatversicherungsverträge bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern, so werden die Leistungen gesamthaft nur einmal vergütet. In diesem Fall wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer aus der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre, und hierauf die Gesamtsumme dieser Leistungen errechnet. Von dieser Summe hat jeder Versicherer nur jenen Teil zu übernehmen, der seinem Anteil der Gesamtsumme entspricht.

41 Ausrichtung der Leistungen, Überentschädigung und Rückforderung

41.1 Die versicherten Leistungen aus der Einzel-Taggeldversicherung STANDARD, bei Arbeitslosen im Sinne des Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung (AVIG) höchstens die Höhe der Arbeitslosenentschädigung, werden um die Leistungen aus anderen Privat- und Sozialversicherungen sowie um das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen (Art. 36.5) gekürzt.

41.2 Bei einer allfälligen Leistungspflicht von Sozialversicherern ist der Versicherer berechtigt, bei diesen von ihm vorschussweise erbrachte Leistungen direkt zurückzufordern. Der Versicherer fordert insbesondere Leistungen, die er im Hinblick auf eine Invalidenrente erbringt, ab dem Datum des Rentenbeginns direkt von der Eidgenössischen Invalidenversicherung zurück. Der Betrag der Rückforderung entspricht der Höhe der Überentschädigung gemäss Art. 41.1. Davon ausgenommen sind Leistungen aus Summenversicherungen.

41.3 Wird der Versicherer anstelle des haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherers in Anspruch genommen, so hat der Versicherte dem Versicherer im Rahmen der ausgerichteten Leistungen seine Ansprüche abzutreten.

41.4 Entschädigungen, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherer übernommen worden sind, werden von den Leistungen des Versicherers in Abzug gebracht.

41.5 Allfällig in anderen Versicherungen vorgenommene Kürzungen werden durch die Einzel-Taggeldversicherung STANDARD nicht gedeckt.

41.6 Zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

42 Vorleistung und Regress

42.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung ausrichten, dass ihm der

Versicherte seine Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts entgegenstünde.

42.2 Vom Versicherten ohne Einwilligung des Versicherers mit Dritten abgeschlossene Vereinbarungen, welche einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungsleistungen oder Schadenersatzansprüche zum Inhalt haben, lassen die Leistungspflicht des Versicherers erlöschen.

X. Verschiedenes

43 Verrechnung, Abtretung und Verpfändung

43.1 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.

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

44 Erfüllung

44.1 Die Verpflichtungen aus dem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.

44.2 Werden der Quellensteuer unterliegende Leistungen direkt an den Versicherten ausbezahlt, werden diese um den geschuldeten Steuerabzug an der Quelle gekürzt.

45 Mitteilungen

45.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz der CONCORDIA oder die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.

45.2 Wird die Taggeldversicherung der CONCORDIA durch einen anderen Versicherer vermittelt, gelten die ihm zugestellten Mitteilungen und Anzeigen als an die CONCORDIA selbst erfolgt.

45.3 Der Versicherte hat jede Änderung seiner Adresse oder seiner persönlichen Verhältnisse, sofern sie für die Beurteilung der Leistungspflicht massgebend sein können, sowie eine Änderung des Berufs oder der Tätigkeit der CONCORDIA schriftlich mitzuteilen. Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

46 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand seines schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.



Dir vertraue ich

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch