

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Zweck
 - 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen
- 2. Aufnahmebedingungen**
- 3. Örtliche Geltung**
 - 3.1. Allgemeines
 - 3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland
 - 3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit
- 4. Versicherungsvarianten**
- 5. Verfahren bei Versicherungsabschluss**
 - 5.1. Ärztliches Zeugnis
 - 5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung
 - 5.3. AHV-Rentenalter
- 6. Kündigung**
 - 6.1. Ausserordentliche Kündigung
 - 6.2. Übrige Beendigungsgründe
- 7. Versicherungsumfang**
 - 7.1. Höhe des versicherten Taggeldes
 - 7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder
 - 7.2.1. Im Allgemeinen
 - 7.3. Maximaldeckung
 - 7.3.1. Versicherbares Taggeld
 - 7.3.2. Selbständigerwerbende
 - 7.3.3. Angestellte
 - 7.3.4. Nichterwerbstätige
 - 7.3.5. Arbeitslose Personen
 - 7.4. Unfall-Deckung
 - 7.5. Geburt
 - 7.6. Leistungsbeginn und Wartefristen
 - 7.7. Anpassung der Versicherung
 - 7.7.1. Anpassung an die Teuerung
 - 7.7.2. Arbeitslose Personen
- 8. Leistungen**
 - 8.1. Leistungsvoraussetzung
 - 8.1.1. Arbeitsunfähigkeit
 - 8.1.2. Ärztliches Zeugnis
 - 8.2. Leistungsumfang
 - 8.2.1. Im Allgemeinen
 - 8.2.2. Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige
 - 8.2.3. Angestellte
 - 8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
 - 8.2.5. Unfall
 - 8.2.6. Geburt
 - 8.3. Leistungsdauer
 - 8.3.1. Grundsatz
 - 8.3.2. Geburt
 - 8.3.3. AHV-Rentenalter
 - 8.3.4. Arbeitslose Personen
 - 8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung
 - 8.4. Leistungsbeschränkungen
 - 8.4.1. Leistungsausschluss
 - 8.4.2. Leistungseinschränkungen
 - 8.4.3. Rückerstattungspflicht
- 9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**
 - 9.1. Meldepflicht
 - 9.2. Auskunftspflicht
- 10. Prämien und Zahlungen**
 - 10.1. Prämienhöhe
 - 10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)
 - 10.2.1. Grundsatz
 - 10.2.2. Beobachtungsperiode
 - 10.2.3. Rabattstufen
 - 10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug
 - 10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit
 - 10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung
 - 10.3. Leistungsausrichtung
 - 10.3.1. Auszahlung von Taggeldern
- 11. Leistungen Dritter**
 - 11.1. Angestellte und Nichterwerbstätige
 - 11.2. Selbständigerwerbende

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die COMPENSA (Erwerbsausfall-Versicherung für Einzelpersonen nach VVG) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag durchgeführt.

Sie dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Geburt entstanden ist.

COMPENSA wird auch Nichterwerbstätigen angeboten.

1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK-Versicherungen sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die COMPENSA. Bei Abweichungen gehen die AVB den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

2. Aufnahmebedingungen

Selbständigerwerbende, Angestellte und Nichterwerbstätige (Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn) können in COMPENSA aufgenommen werden, sofern sie

- mindestens das 15. Altersjahr zurückgelegt und das 60. Altersjahr noch nicht vollendet haben
- bei Antragstellung voll arbeitsfähig sind
- ihren Wohnsitz in der Schweiz oder im grenznahen Ausland haben.

3. Örtliche Geltung

3.1. Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit.

3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten Taggeldleistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet. Diese Regelung gilt auch für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb ihres Wohnortes. Vorbehalten bleibt ein Aufenthalt aus beruflichen Gründen.

3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung der Kasse ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgängerinnen und Grenzgänger bei Aufenthalt in der Schweiz.

4. Versicherungsvarianten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

- Taggeld bei Krankheit
- Taggeld bei Unfall
- Taggeld bei Krankheit und Unfall.

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

5. Verfahren bei Versicherungsabschluss

5.1. Ärztliches Zeugnis

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie kann die Ärztin oder den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für den Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung gelten die AVB der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmen (VVG).

5.3. AHV-Rententalter

Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rententalters weiterhin erwerbstätig sind, können eine Weiterversicherung beantragen. Diese dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr.

6. Kündigung

6.1. Ausserordentliche Kündigung

Ist die versicherte Person durch eine neue arbeitsrechtliche Situation beim neuen Arbeitgeber gleichwertig gegen Erwerbsausfall versichert, kann die Kündigung in Abweichung von der ordentlichen Kündigung mit Genehmigung der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

6.2. Übrige Beendigungsgründe

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der Selbständigerwerbenden versicherten Person
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen ist die Verlegung ins grenznahe Ausland
- c) bei Konkureröffnung über die Selbständigerwerbende versicherte Person
- d) bei Pensionierung. Es kann jedoch ein Antrag auf eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
- e) Bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen ist die Wohnsitznahme ins grenznahe Ausland.

Der Versicherer kann innert 30 Tagen vom Vertrag zurücktreten:

- a) Wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- b) Bei verschuldeten Verletzungen der AVB.

7. Versicherungsumfang

7.1. Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen der versicherten Person und der Kasse vereinbart.

7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder

7.2.1. Im Allgemeinen

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Erwerbsausfalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

7.3. Maximaldeckung

7.3.1. Versicherbares Taggeld

Die Höhe des versicherbaren Taggeldes pro Person ist auf Fr. 250'000.- pro Jahr begrenzt. Für Personen, die aus einer Kollektivversicherung von der Krankenkasse übertreten, ist es auf Fr. 250'000.- pro Jahr begrenzt.

7.3.2. Selbständigerwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren Gewinnungskosten versichern. Dies sind Kosten, die die versicherte Person direkt betreffen, mit dem Erwerb in direktem Zusammenhang stehen und die während der Arbeitsunfähigkeit weiter bestehen, insbesondere Fixkosten für Geschäftsmiete, Auto, Versicherungen, Abschreibungen von Maschinen u.ä.

7.3.3. Angestellte

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einem unselbständigen Arbeitsverhältnis stammt, können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern.

7.3.4. Nichterwerbstätige

Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

7.3.5. Arbeitslose Personen

Die Maximaldeckung für arbeitslose Personen entspricht der Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung.

7.4. Unfall-Deckung

Die Unfall-Deckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

7.5. Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

7.6. Leistungsbeginn und Wartefristen

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartefrist. Die Wartefrist beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartefristen bis und mit 21 Tage werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartefristen gelten nur einmal pro Kalenderjahr.

Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht.

Der Versicherer bezahlt das Taggeld gemäss dem gewählten Leistungsbeginn nach Eintritt der Bezugsberechtigung für jene Tage, an denen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Bei Eintritt ins AHV-Rentenalter wird eine vereinbarte Wartefrist von 60 Tagen und mehr auf eine Wartefrist von 30 Tagen umgewandelt.

7.7. Anpassung der Versicherung

7.7.1. Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung seiner Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. Der Versicherer gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit und kein Bezug von Taggeldern besteht. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

Im Weiteren kann die versicherte Person jederzeit die Anpassung ihrer Versicherung an die reale Lohnentwicklung zu den Bedingungen der Höherversicherung beantragen.

7.7.2. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

8. Leistungen

8.1. Leistungsvoraussetzung

8.1.1. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihre bisherige oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

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

8.1.2. Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

Der Versicherer kann die Ärztin resp. den Arzt bestimmen.

8.2. Leistungsumfang

8.2.1. Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

8.2.2. Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige

Bei Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen erbringt der Versicherer die vereinbarte Taggeldsumme.

8.2.3. Angestellte

Bei Angestellten dürfen die gesamthaft erbrachten Taggelleistungen den entgangenen Verdienst der versicherten Person nicht übersteigen.

8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% wird das Taggeld entsprechend gekürzt.

Arbeitslosen Personen wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25% und höchstens 50% das halbe Taggeld, bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Taggeld ausgerichtet.

8.2.5. Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die Leistungen bei Unfall im gleichen Umfang wie bei Krankheit ausgerichtet.

8.2.6. Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt bei Krankenkasse Elm oder einem anderen Versicherer eine gleichwertige Deckung von mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch (Karenzfrist bei Mutterschaft) bestanden hat.

Versicherte Personen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor der Geburt aufgeben oder keine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (EOG) erhalten, gelten als nicht erwerbstätig.

Bei Geburt leistet Compensa in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG bis zum effektiven Einkommen, höchstens jedoch die vereinbarte Taggeldsumme.

8.3. Leistungsdauer

8.3.1. Grundsatz

Für Krankheit und Unfall zusammen wird das versicherte Taggeld während maximal 730, resp. 365 Tagen ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungs-Police aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall.

Krankheit oder Unfallfolgen gelten als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem Ende des letzten Leistungsbezugs während 12 Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Die vereinbarte Wartezeit wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

8.3.2. Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 zusätzliche Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

Bei Geburt gilt die gleiche Wartezeit wie bei Krankheit. Die Wartezeit wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartezeit infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtsgeld auf eine erneute Anrechnung der Wartezeit verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalles angerechnet.

8.3.3. AHV-Rententalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rententalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld für 90 Tage, für Personen, die aus einer Kollektivversicherung von ÖKK übertreten, 180 Tage, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

8.3.4. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen erhalten das versicherte Taggeld längstens bis zur Beendigung der maximalen Bezugsdauer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschiädigung.

8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für versicherte Personen, die aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung ausgeschieden sind und nach Skaladeckung gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

8.4. Leistungsbeschränkungen

8.4.1. Leistungsausschluss

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind
- b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine vom Versicherer nicht anerkannte Ärztin resp. Arzt oder Chiropraktorin resp. Chiropraktor ausgestellt wurde
- c) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht
- d) wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25% beträgt
- e) für Angestellte während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages.

8.4.2. Leistungseinschränkungen

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden:

- a) wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind
- b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- c) wenn die versicherte Person eine von der Kasse verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert
- d) wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

8.4.3. Rückerstattungspflicht

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versicherten Person dem Versicherer rückerstattet werden.

9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

9.1. Meldepflicht

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat die versicherte Person die Kasse innert fünf Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt. Bei vereinbarten Wartefristen von mehr als 21 Tagen hat die Meldung über die Arbeitsunfähigkeit spätestens eine Woche vor einer allfälligen Leistungsforderung zu erfolgen. Die von der Ärztin oder dem Arzt resp. der Chiropraktorin oder dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartefristen von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, der Kasse zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies der Kasse unverzüglich zu melden.

9.2. Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt bei Unfall der Kasse sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Bei öfteren Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist die Kasse berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen. Die Kasse kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

10. Prämien und Zahlungen

10.1. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach Lebensalter, Wohnort, Leistungsbezug oder Branche der versicherten Person, festgesetzt. Personen, die aus der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen in die Einzelversicherung übernommen werden, bilden eine eigene Risikogruppe.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die Gemeinsamen Bestimmungen.

10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

10.2.1. Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

10.2.2. Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Taggeldabrechnung.

10.2.3. Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

| <u>Rabattstufe</u> | <u>Prämie</u> |
|--------------------|---------------|
| 0 | 100% |
| 1 | 64% |

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person Leistungen beansprucht, erfolgt eine Anpassung auf Rabattstufe 0, sofern sich die versicherte Person nicht schon in dieser Stufe befindet.

10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinander folgenden Beobachtungsperioden in der Rabattstufe 0 keine Leistungen bezogen, erfolgt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 1.

10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung

Bei Änderung der Versicherungsdeckung innerhalb der COMPENSA bleibt die Rabattstufe erhalten.

10.3. Leistungsausrichtung

10.3.1. Auszahlung von Taggeldern

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

10.3.2. Taggelder bei Geburt

Taggelder bei Geburt werden an Selbständigerwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG der Kasse vorliegt.

11. Leistungen Dritter

11.1. Angestellte und Nichterwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartefrist als ganze Tage.

Im Weiteren gelten die Regelungen der Gemeinsamen Bestimmungen.

11.2. Selbständigerwerbende

Für Selbständigerwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme. Die Regelung betreffend Überversicherung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen kommt nicht zur Anwendung. Hingegen werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FL etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden. Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.