



KSM Krankenkasse

Schweizerischer Metallbauern

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Kollektivtaggeldversicherung nach KVG**
Ausgabe 01.2020

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines.....	4
	1. Versicherungsträgerin / Art und Zweck der Versicherung	4
	2. Lesbarkeit.....	4
	3. Rechtliche Grundlagen	4
	4. Definitionen	4
II	Versicherungsverhältnis	5
	5. Versicherungsdeckung	5
	6. Versicherter Lohn	5
	7. Versicherungsnehmer	5
	8. Versicherte Personen	5
	9. Beginn, Dauer und Ende des Kollektivversicherungsvertrags	6
	10. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	6
	11. Versicherungsausweis	7
	12. Risikoprüfung	7
	13. Medizinischer Vorbehalt	7
	14. Örtlicher Geltungsbereich	8
	15. Übertritt in die Einzelversicherung.....	8
III	Leistungen.....	9
	16. Leistungsvoraussetzungen	9
	17. Leistungsbeginn	10
	18. Dauer der Leistungen.....	10
	19. Wartefrist.....	10
	20. Berechnung des Taggeldes	10
	21. Auszahlung	10
	22. Taggeldleistungen bei Mutterschaft	11
	23. Vorleistung und Regress.....	11
	24. Einschränkung in der Versicherungsdeckung	11
	25. Verzichtsverbot	11
	26. Leistungsunterbruch.....	11
IV	Weitere Pflichten	12
	27. Weitere Pflichten des Versicherungsnehmers.....	12
	28. Weitere Pflichten der versicherten Person	13
V	Verschiedene Bestimmungen	13
	29. Leistungen Dritter.....	13
	30. Überentschädigung und Überversicherung.....	14
	31. Verrechnung / Unrechtmässig bezogene Leistungen.....	14
	32. Abtretung und Verpfändung der Leistungen	15

VI	Prämien.....	15
	33. Grundlagen der Prämienberechnung.....	15
	34. Prämienzahlung.....	15
	35. Anpassung des Prämientarifs.....	15
	36. Prämienabrechnung.....	16
	37. Überschussbeteiligung.....	16
VII	Schlussbestimmungen.....	16
	38. Mitteilungen.....	16
	39. Rechtspflege.....	16
	40. Inkrafttreten.....	17

I Allgemeines

1. Versicherungsträgerin / Art und Zweck der Versicherung

1. Versicherungsträgerin ist die Krankenkasse Schweizerischer Metallbaufirmen (nachfolgend KSM genannt).
2. Sie führt die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) durch. Diese AVB gelten ausschliesslich für die Kollektivtaggeldversicherung.
3. Die Kollektivtaggeldversicherung der KSM ist eine Schadenversicherung. Sie versichert ganz oder teilweise die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Mutterschaft und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen.

2. Lesbarkeit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet nur die männliche Form Anwendung.

3. Rechtliche Grundlagen

1. Bundesrecht
2. Kantonales Recht
3. Soweit nicht zwingende Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und des übrigen Bundesrechts anwendbar sind, gilt, was die Parteien vereinbaren.
4. Der Kollektivversicherungsvertrag besteht aus:
 - Den Statuten
 - Der Offerte bzw. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person
 - Allfälligen schriftlichen Erklärungen im Antrag
 - Allfälligen medizinischen Fragebögen
 - Besonderen Vereinbarungen (BV) in der Versicherungspolice
 - Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
 - Der Versicherungspolice

4. Definitionen

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
2. 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 zur Folge hat. Die im Bundesgesetz über Unfallversicherung (UVG) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
4. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft ganz oder teilweise unfähig ist, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Monaten wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

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

II Versicherungsverhältnis

5. Versicherungsdeckung

1. Die KSM gewährt den Versicherungsschutz gegen die Risiken Krankheit und Mutterschaft, falls nichts anderes vereinbart worden ist.
2. Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, sofern dies im Kollektivversicherungsvertrag ausdrücklich festgehalten ist. Der Leistungsumfang für Unfall entspricht demjenigen bei Krankheit.
3. Die KSM entrichtet das Taggeld gemäss der vertraglichen Deckung.

6. Versicherter Lohn

1. Bei Arbeitnehmenden ist der in der Versicherungspolice aufgeführte Prozentsatz des effektiven AHV-pflichtigen Lohnes (Jahreslohn) versichert.
2. Der Jahreslohn wird dadurch ermittelt, indem der letzte vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogene AHV-pflichtige Lohn auf ein Jahr umgerechnet wird.
3. Für Arbeitnehmende mit unregelmässigem Lohn gilt als Jahreslohn der auf ein Jahr umgerechnete Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der Durchschnitt der letzten 24 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
4. Der Lohn ist vom Arbeitgeber der KSM auf den von der KSM zur Verfügung gestellten Formularen zu melden.
5. War die versicherte Person vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, ist nur der beim Versicherungsnehmer erzielte Lohn massgebend.
6. Lohnerhöhungen und Lohnreduktionen oder Änderungen des Angestelltenverhältnisses werden bei der Berechnung des versicherten Lohnes nur berücksichtigt, wenn sie vor dem Eintritt der anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person schriftlich vereinbart wurden.
7. Die Höhe des versicherbaren Lohnes pro Person und Jahr ist auf Fr. 200'000.00 (AHV-Bruttolohnsumme) begrenzt.
8. Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern sowie deren im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern oder anderen Familienangehörigen, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, sowie bei allen Personen mit fester Lohnsumme ist maximal das in der Versicherungspolice aufgeführte Erwerbseinkommen versichert. Dieses muss dem tatsächlichen Einkommen aus dem versicherten Betrieb entsprechen.

7. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist das in der Versicherungspolice beschriebene Unternehmen (einzeln aufgeführte Haupt-/Nebenbetriebe, Filialen und Tochtergesellschaften) bzw. die natürliche Person, die den Vertrag abschliesst.

8. Versicherte Personen

1. Der Kreis der versicherten Personen oder Personengruppen ist im Versicherungsvertrag bestimmt.
2. Personen, welche ihren Anspruch auf Leistungen aus irgendeiner Taggeldversicherung ausgeschöpft haben, können die Taggeldversicherung nur mit einem Vorbehalt für Krankheiten abschliessen, die bei der Aufnahme bestehen bzw. früher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen. Personen, die von einem anderen Unternehmen lediglich ausgeliehen wurden, sind nicht versicherbar.
3. Nur aufgrund besonderer Vereinbarung (BV) in der Versicherungspolice sind Personen, die vor Erreichen des ordentlichen AHV-Alters im Betrieb beschäftigt und versichert waren, bis zur Vollendung des 70. Altersjahres versichert. Personen, welche vor dem ordentlichen AHV-Alter nicht im Betrieb beschäftigt und/oder nicht versichert waren, sind von dieser Weiteversicherung ausgeschlossen.

9. Beginn, Dauer und Ende des Kollektivversicherungsvertrags

1. Die Versicherung beginnt mit Inkrafttreten des Kollektivversicherungsvertrags. Das Datum des Inkrafttretens ist auf der Versicherungspolice oder dem Versicherungsausweis aufgeführt.
2. Der Kollektivversicherungsvertrag ist für die in der Versicherungspolice aufgeführte Dauer abgeschlossen. Der Ablauf ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
3. Der Kollektivversicherungsvertrag erlischt bei Kündigung. Er kann erstmals bei Erreichen des in der Versicherungspolice aufgeführten Ablaufdatums gekündigt werden. Bei Ablauf des Vertrags verlängert sich dieser jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern bis spätestens am 30. September des Kalenderjahres kein Kündigungsschreiben bei der KSM eingegangen ist. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Auch der KSM steht dieses Kündigungsrecht zu.
4. Der Vertrag kann von der KSM zudem vor Ablauf des Vertrags und ohne Einhaltung eines Kündigungstermins fristlos gekündigt werden (Ausschluss), wenn
 - der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder wenn er im Verlaufe des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht von der KSM ausschliessen oder mindern würden.
 - der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person seine bzw. ihre Pflichten wiederholt und trotz vorangegangener Androhung durch die KSM oder einmalig in schwerer Weise verletzt hat.
 - bei Betriebseinstellungen infolge Arbeitsmangels, Streiks, Aussperrungen usw., die Prämien nicht sichergestellt sind. Im Falle der Auflösung haben die versicherten Personen das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Nach Übertritt in die Einzelversicherung ist die versicherte Person Prämienschuldner.
5. Zudem erlischt der Kollektivversicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung:
 - bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit des Versicherungsnehmers,
 - bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland oder
 - bei Konkursöffnung über den Versicherungsnehmer.

10. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz für Arbeitnehmende beginnt am Tag der Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer, frühestens an dem in der Versicherungspolice aufgeführten Beginn der Versicherungsdeckung.
2. Der Versicherungsschutz erlischt für alle versicherten Personen mit der Beendigung des Kollektivversicherungsvertrags.
3. Endet die Versicherungsdeckung infolge Kündigung des Versicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer während einer laufenden arbeitsrechtlichen Kündigungsfrist einer versicherten Person, hat die versicherte Person ohne Übertritt in die Einzelversicherung weiterhin Anspruch auf Leistungen aus dem Kollektivversicherungsvertrag, längstens bis zum Ende des gekündigten Arbeitsverhältnisses. Vorbehältlich gelten die Bestimmungen des Freizügigkeitsabkommen des SVV. Die Prämienzahlungspflicht gemäss Kollektivversicherungsvertrag bleibt bestehen. Nach Ende des Arbeitsverhältnisses kommen die Regeln zum Übertritt in die Einzelversicherung zur Anwendung.
4. Unter Vorbehalt des Übertrittsrechts in die Einzelversicherung ausserhalb der bisherigen betrieblichen Versicherung enden die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch für die einzelne versicherte Person:

- a) mit dem Erlöschen oder der Aufhebung des Vertrags,
- b) mit dem Tod der versicherten Person,
- c) bei der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs,
- d) vorbehältlich einer besonderen Vereinbarung (BV) am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das ordentliche AHV-Alter erreicht oder sich vorzeitig pensionieren lässt,
- e) am Ende der Arbeitsunfähigkeit des Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs,
- f) wenn die Rahmenfrist oder der Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenkasse abgelaufen ist,
- g) mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Versicherungsnehmers,
- h) bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in der Probezeit
- i) sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird,
- j) mit dem Ausschluss einer versicherten Person,
- k) nach Überschreiten des Auslandsaufenthaltes von maximal 24 aufeinander folgenden Monaten

11. Versicherungsausweis

Erfolgt die Aufnahme eines Antragstellers aufgrund eines medizinischen Fragebogens (Gesundheitsdeklaration), so erstellt die KSM einen Versicherungsausweis.

12. Risikoprüfung

1. Sind bei Vertragsabschluss weniger als fünf Personen zu versichern, erfolgt deren Aufnahme in die Kollektivversicherung mit einer Risikoprüfung. Auch Personen, die nach Inkrafttreten des Kollektivvertrags beitreten, haben sich auf Verlangen der KSM einer Risikoprüfung zu unterziehen und können mit einem Vorbehalt für vorbestandene Gesundheitsschäden belegt werden, sofern diese erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen.
2. Keine Risikoprüfung ist erforderlich, wenn das Unternehmen bei Vertragsabschluss 5 oder mehr Personen beschäftigt.
3. Für die im Vertrag namentlich genannte Personen ist die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss sowie bei Erhöhung der Versicherungsdeckung erforderlich.
4. Jede Person, die sich einer Risikoprüfung unterziehen muss, hat den medizinischen Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Bei Widerhandlung verweisen wir auf Art. 9 Abs. 4 AVB. Eine medizinische Untersuchung bleibt vorbehalten.
5. Die zu versichernde Person ermächtigt das ärztliche Personal, dem vertrauensärztlichen Dienst der KSM die nötigen Informationen zur Überprüfung eines Versicherungsantrags zuzustellen.

13. Medizinischer Vorbehalt

1. Je nach Gesundheitszustand der zu versichernden Person kann die KSM den Beitritt oder die Erhöhung der Versicherungsdeckung mit einem Vorbehalt annehmen.
2. Personen, die zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags erkrankt oder verunfallt sind oder an den Folgen eines Unfalls leiden, werden unter Vorbehalt dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen versichert, sofern diese erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen kann.
3. Vor dem Beitritt erlittene Erkrankungen, Unfälle oder Folgen von Unfällen stehen ebenfalls unter Vorbehalt, wenn Rückfälle erfahrungsgemäss möglich sind.
4. Die KSM führt Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiter.

5. Die angebrachten Vorbehalte werden spätestens nach fünf Jahren aufgehoben. Der versicherten Person steht jederzeit das Recht zu, den Nachweis zu erbringen, dass sich die Gründe, welche zur Anbringung des Vorbehalts geführt haben, definitiv nicht mehr realisieren können. Bei entsprechendem Nachweis entfällt der Vorbehalt im Zeitpunkt der Nachweiserbringung.

14. Örtlicher Geltungsbereich

In Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) gilt folgende Regelung:

1. Versicherte Personen, die sich in der EU oder EFTA aufhalten oder dort wohnhaft sind, haben gemäss Abkommen über die Personenfreizügigkeit Anspruch auf Taggelder.
2. Versicherte Personen, die in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder EFTA als in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein (nachfolgend Schweiz genannt) wohnhaft sind, müssen sich bei einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Tagen bei der zuständigen Einrichtung ihres Wohnorts melden und ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorweisen (Formular E116). Die Einrichtung des Wohnorts füllt das Formular E115 aus (Geldleistungen Arbeitsunfähigkeit) und leitet es zusammen mit dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis an die KSM weiter. Ist der Leistungsanspruch festgelegt, so füllt die KSM das Formular E117 aus (Leistungen Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit) und schickt es an die Einrichtung des Wohnorts. Wenn die versicherte Person die Arbeit wieder aufnehmen kann, wird sie sowie die KSM umgehend von der Einrichtung des Wohnorts informiert, sobald die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.
3. Eine in der Schweiz wohnhafte versicherte Person, die sich für eine kurze Zeit (z. B. Ferien) in einem EU-/EFTA-Mitgliedstaat aufhält und arbeitsunfähig wird, ist nicht verpflichtet, sich innert drei Tagen bei der Einrichtung des Wohnorts zu melden. Er muss der KSM jedoch ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes vorweisen. Hingegen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Tagen der unter Punkt 2 beschriebene Ablauf anwendbar.

Ausserhalb EU oder EFTA (mit Ausnahme der Schweiz) gilt folgende Regelung:

4. Versicherte Personen, die im Ausland für einen Schweizer Arbeitgeber tätig sind oder dort eine Ausbildung absolvieren und von ihrem Arbeitgeber entlohnt werden, haben Anspruch auf Taggelder. Versicherungsvertrag und Leistungsanspruch enden nach 24 Monaten ab Beginn der Tätigkeit im Ausland.
5. Bei einem Auslandsaufenthalt werden nur während eines medizinisch notwendigen Spitalaufenthalts Leistungen erbracht und nur solange die Rückkehr ins Wohnland unmöglich oder unzumutbar ist.

15. Übertritt in die Einzelversicherung

1. Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, innert drei Monaten – ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustands – in die Einzeltaggeldversicherung nach KVG der KSM überzutreten. Dieses Recht steht der versicherten Person lediglich zu, sofern sie in der Schweiz wohnhaft ist.
2. Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheidende versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung sowie über die Frist von drei Monaten aufgeklärt wird. Die gleiche Pflicht gilt auch bei Auflösung des Kollektivvertrags. Bei Nichteinhaltung der Orientierungspflicht durch den Versicherungsnehmer verbleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. In diesem Fall haftet der Versicherungsnehmer gegenüber der KSM für die daraus entstandenen Schäden.
3. Die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheidende versicherte Person hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung schriftlich geltend zu machen. Die Frist von drei Monaten beginnt mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung, die auf das Recht auf Übertritt aufmerksam macht.
4. Die Übertretenden haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich jedoch auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV) im Maximum je-

doch auf die bisher versicherten Leistungen. Massgebend für den neuen Vertrag sind die im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten. Für Arbeitslose gilt zudem Art. 73 KVG.

5. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
6. Bereits in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen werden auf diejenigen der Einzelversicherung angerechnet.
7. Kein Übertrittsrecht besteht für aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheidende versicherte Personen
 - a) die im Ausland wohnen,
 - b) die kein versicherbares Einkommen haben,
 - c) wenn sie pensioniert werden, spätestens bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters,
 - d) wenn die Leistungen im Kollektivvertrag ausgeschöpft sind,
 - e) bei Stellenwechsel und Übertritt in die Lohnausfallversicherung eines neuen Arbeitgebers.
 - f) bei Auflösung des Vertrages und Weiterführung bei einem anderen Versicherer, sofern der neue Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommens oder des Abkommens unter den KVG-Versicherten oder des Gesetzes die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.
 - g) für versicherte Personen, die mit einem befristeten Arbeitsvertrag angestellt sind.

III Leistungen

16. Leistungsvoraussetzungen

1. Das Taggeld wird bei einer nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
2. Teilinvalide oder behinderte versicherte Personen gelten im Sinne dieser Bestimmungen als voll arbeitsfähig, wenn sie entsprechend ihrem Beschäftigungsgrad vollumfänglich arbeitsfähig sind. Ihre Arbeitsunfähigkeit bemisst sich nach dem Grad der Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben.
3. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit innert 30 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung zu melden. Er bescheinigt diese durch ein von einem in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassenen Arzt, ausgestelltes Zeugnis. Bei einem Schadenfall im Ausland gemäss Art. 14 AVB ist die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt zu bescheinigen, der über ein dem schweizerischem Recht gleichwertiges Diplom sowie über eine Berufsausübungsbewilligung im jeweiligen Land verfügt.
 Trifft die Meldung nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bei der KSM ein, so gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens nach Ablauf der Wartefrist ab dem Eingangstag.
4. Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese medizinisch notwendig sind und der KSM rechtzeitig vor Kurbeginn ein Kurgesuch eingereicht wird.
5. Begibt sich die versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ohne Zustimmung der KSM ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.
6. Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

17. Leistungsbeginn

1. Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Versicherungspolice vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.
2. Gewährt der Arbeitgeber der versicherten Person einen unbezahlten Urlaub, bleibt die Versicherungsdeckung bestehen, solange der Arbeitsvertrag weiterläuft, längstens aber während 6 Monaten nach Ende des Lohnanspruchs. Während der vorgesehenen Dauer des Urlaubs besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und es ist keine Prämie geschuldet. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht erst ab dem Zeitpunkt, wenn die versicherte Person ihre Arbeit wieder aufgenommen hätte ohne Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
Es gelten die Obliegenheiten gemäss Art. 16 Abs. 3 AVB, insbesondere betreffend Krankmeldung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.
3. Bei verspäteter Einreichung des Arbeitsunfähigkeitszeugnisses besteht frühestens ab dessen Eingang bei der KSM Anspruch auf das versicherte Taggeld. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind nicht zulässig. Für die Tage vor der Meldung besteht kein Taggeldanspruch.

18. Dauer der Leistungen

1. Das Taggeld wird während maximal 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten ausgerichtet.
2. Für Personen im AHV-Alter, die aufgrund einer besonderen Vereinbarung (BV) weiterversichert sind, beträgt die Leistungsdauer maximal 180 Tage. Für diese versicherten Personen ist der gesamthaft ausgerichtete Jahreslohn (AHV-Lohn + Freibetrag) deklarations- und prämienpflichtig.
3. Die Wartefristen werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
4. Die Tage, während denen die versicherte Person Taggelder von ihrem Vorversicherer erhalten haben, werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

19. Wartefrist

1. Die vereinbarte Wartefrist ist in der Versicherungspolice aufgeführt. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
2. Die Wartefrist wird bei jedem Schadenfall angewandt.
3. Bei Rückfällen innerhalb von 180 Tagen ab Wiederaufnahme der Tätigkeit entfällt die Wartefrist, sofern als Wartefrist 30 oder mehr Tage vereinbart worden sind.

20. Berechnung des Taggeldes

1. Die Höhe des Taggeldes wird auf der Basis des versicherten Lohnes berechnet. Der versicherte Lohn ergibt sich aus dem in der Versicherungspolice aufgeführten Prozentsatz (Leistungshöhe) des effektiven AHV-pflichtigen Jahreslohns (vgl. Art. 6 AVB). Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Lohns. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung).
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit berechnet. Das verminderte Taggeld wird während der in Art. 18 AVB vorgesehenen Dauer geleistet.

21. Auszahlung

1. Das geschuldete Taggeld wird pro Kalendertag ausbezahlt (inkl. Sonn- und Feiertage).
2. Die Leistungen können erst nach Erhalt eines ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses erfolgen und sofern auch die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Das Zwischenzeugnis muss der KSM monatlich zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird die

versicherte Person nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder maximal bis zum Ende des laufenden Monats.

3. Werden die Taggelder der versicherten Person direkt an den Arbeitgeber ausbezahlt, erstattet dieser die Taggelder der versicherten Person.

22. Taggeldleistungen bei Mutterschaft

1. Das Taggeld wird bei Schwangerschaft und Niederkunft entrichtet, wenn die versicherte Person bis zum Tag ihrer Niederkunft bereits seit mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert war.
2. Bei Schwangerschaft und Niederkunft richtet die KSM das Taggeld unter Anrechnung der Wartezeit während 16 ununterbrochenen Wochen aus, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.
3. Die Taggelder für Arbeitsunfähigkeit können nicht mit Taggeldern für Mutterschaft kumuliert werden.
4. Die Taggelder für Mutterschaft werden subsidiär zu allfälligen Leistungen vom Bund oder aus einer kantonalen Mutterschaftsversicherung gewährt.

23. Vorleistung und Regress

Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG oder der Militärversicherung zweifelhaft, so erbringt die KSM Vorleistungen. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ihren Anspruch bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen angemeldet hat und die in Frage kommende Sozialversicherung für diesen Fall noch keine Taggelder erbracht hat. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so muss dieser der KSM die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückerstatten.

24. Einschränkung in der Versicherungsdeckung

Die Leistungen können gekürzt oder in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten der vorliegenden AVB verletzt. Insbesondere

- a) wenn die versicherte Person sich weigert, den Anordnungen der KSM Folge zu leisten, insbesondere sich von einem von der KSM bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen oder wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung, die eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht oder einer Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt.
- b) bei absichtlicher Herbeiführung von Krankheiten oder Unfällen oder bei Verschlimmerung von deren Folgen
- c) bei Schadenfällen verursacht durch aktive Teilnahme an kriegerischen Ereignissen

25. Verzichtungsverbot

Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung darf nicht dadurch aufgehalten werden, dass die versicherte Person auf Taggelder verzichtet, bevor der Arzt seine Genesung bescheinigt hat.

26. Leistungsunterbruch

1. Kommt es während des Taggeldbezugs zu einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (z.B. Gefängnis, Untersuchungshaft etc.), so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet.
2. Zu einem Leistungsunterbruch kommt es, wenn eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung der KSM die Schweiz vorübergehend verlässt (z.B. zu Ferienzwecken). Die Person verliert ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen bis zur Rückkehr in die Schweiz.

Versicherte Personen, die sich während ihrer Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchten, müssen die KSM 14 Tage vor ihrer Abreise darüber informieren. Die KSM bestimmt den Umständen nach, ob sie weiterhin Leistungen ausrichtet oder nicht. Falls nicht,

hat der Versicherte bis zu seiner Rückkehr in die Schweiz keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

IV Weitere Pflichten

27. Weitere Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist für die fristgerechte Einreichung der erforderlichen Unterlagen an die KSM verantwortlich.
2. Der Versicherungsnehmer muss alles Zumutbare unternehmen, was von ihm erwartet werden kann, um den Schaden zu verringern.
3. Jede Änderung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist der KSM unverzüglich mitzuteilen.
4. Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der KSM jeden Monat ein Zwischenzeugnis einzureichen.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über die sich aus der Versicherung ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren, insbesondere über die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung aufrechtzuerhalten, wenn sie nicht mehr zum Kreis der Versicherten gehören oder wenn der Vertrag endet (Übertrittsrecht in die Einzelversicherung).
6. Der Versicherungsnehmer muss die Einhaltung des Datenschutzgesetzes für seine Arbeitnehmer gewährleisten, insbesondere in Bezug auf das unabhängige Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens.
7. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die KSM sofort zu benachrichtigen, wenn eine arbeitsunfähige versicherte Person aus dem Kollektivvertrag ausscheidet.
8. Für die Erstellung der definitiven Prämienabrechnung muss der Versicherungsnehmer der KSM die AHV-Abrechnung der versicherten Personen oder bei deren Fehlen eine Namensliste mit Geburtsdatum oder AHV-Nummer, Geschlecht und Lohn pro versicherte Person sowie den Zeitabschnitt der Tätigkeit übergeben. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nach und stellt sich später heraus, dass der KSM hierdurch Prämien entgangen sind, schuldet der Versicherungsnehmer neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins von 5%.
9. Wenn die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach der Anfrage der KSM geliefert werden, kann Letztere den Versicherungsnehmer auffordern, seiner Pflicht innert 14 Tagen ab Versand der Mahnung nachzukommen. Wenn die Aufforderung wirkungslos bleibt, kann die KSM selbst eine Schätzung vornehmen, indem sie die Jahresprämie des vorhergehenden Geschäftsjahres erhöht.
10. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die KSM, bzw. bevollmächtigte Dritte, zu ermächtigen, bei Bedarf die Bücher und Buchungsbelege des Unternehmens oder die Dokumente, die der Ausgleichskasse der AHV übergeben werden, einzusehen. Andernfalls behält sich die KSM das Recht vor, den Vertrag zu kündigen.
11. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, der KSM die Schadenfälle zu melden und ihr unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen zu liefern, die für die Feststellung des Lohn- oder Erwerbsausfalles nötig sind (Arztzeugnisse, Erklärung des Arbeitgebers, AHV-Abrechnungen, u. a.). Die KSM behält sich das Recht vor, den angegebenen Lohn zu überprüfen.
12. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, einen Austritt einer versicherten Person aus der Kollektivversicherung (z.B. durch Kündigung seinerseits oder durch den Arbeitnehmer) umgehend der KSM zu melden und den austretenden Mitarbeiter rechtzeitig gemäss Art. 15 Abs. 2 AVB über sein Übertrittsrecht schriftlich zu informieren.
13. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf erstmalige Aufforderung der KSM hin einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.

28. Weitere Pflichten der versicherten Person

1. Jede Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ist der KSM unverzüglich mitzuteilen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, mit dem Krankenbesucher der KSM und von der KSM beauftragten Ärzten zu kooperieren.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf Kosten der KSM von einem von der KSM bezeichneten Arzt untersuchen oder begutachten zu lassen. Wenn die versicherte Person ohne triftigen Grund zur medizinischen Begutachtung nicht erscheint, behält sich die KSM das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen zu verlangen sowie das Honorar der nicht eingehaltenen Konsultation in Rechnung zu stellen.

Die versicherte Person hat ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit einen in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassenen Arzt zu konsultieren. Bei einem Schadenfall im Ausland gemäss Art. 14 AVB ist ein Arzt zu konsultieren, der über ein dem schweizerischen Recht gleichwertiges Diplom sowie über eine Berufsausübungsbewilligung im jeweiligen Land verfügt.

Den Anweisungen dieser Ärzte ist Folge zu leisten und unverzüglich ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis einzureichen. Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der KSM jeden Monat ein Zwischenzeugnis einzureichen.

4. Die versicherte Person muss alles, was ihrer Genesung schadet oder ihrer Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.
5. Die versicherte Person muss alles Zumutbare unternehmen, um den Schaden zu verringern und ihre Genesung zu fördern. Sie muss sich regelmässig in ärztliche Behandlung und Kontrolle begeben.
6. Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert resp. sie hat sich bei der Arbeitslosenversicherung anzumelden. Die KSM fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Art. 24 AVB aufmerksam.
7. Die versicherte Person ermächtigt die KSM ausdrücklich, jederzeit ärztliche Auskünfte und andere Informationen einzuholen, die zur Festlegung des Leistungsanspruches notwendig sind. Sie entbindet den Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen sowie Arbeitsstellen gegenüber der KSM im Einzelfall von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.
8. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von der KSM die Anmeldung bei der IV oder zieht sie diese zurück, entfällt die Leistungspflicht der KSM.
9. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf erstmalige Aufforderung der KSM hin einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.

V Verschiedene Bestimmungen

29. Leistungen Dritter

1. Im Sinn der Schadenminderungspflicht kann die KSM die versicherte Person dazu auffordern, innert 20 Tagen ein IV-Gesuch oder ein Gesuch um Leistungsansprüche bei der Arbeitslosenversicherung zu stellen.
2. Sobald die KSM die versicherte Person dazu aufgefordert hat, bei der zuständigen Stelle ein Gesuch für die Übernahme von Leistungen einzureichen oder wenn die KSM die versicherte Person aufgefordert hat, Wiedereingliederungsmassnahmen Folge zu leisten, werden die Leistungen der KSM nur dann ausbezahlt, wenn der Fall auch wirklich der zuständigen Stelle gemeldet wurde bzw. den Wiedereingliederungsmassnahmen Folge geleistet wird. Erfolgt die Meldung an die zuständige Stelle nicht oder verspätet, so behält sich die KSM das Recht vor, die seit der unterlassenen oder verspäteten Meldung bzw. die seit der

Nichtvornahme von Wiedereingliederungsmassnahmen von ihr entrichteten Leistungen zurückzuverlangen.

3. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aus Sanktionsgründen, so gleicht die KSM den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
4. Die KSM kann die Taggeldleistungen vorschiesen, solange der Anspruch auf eine Rente aus der Invalidenversicherung (IVG), der Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der beruflichen Vorsorge (BVG) oder einer ausländischen oder privaten Versicherung nicht festgelegt ist. Sobald die Rente von einer oder mehreren dieser Einrichtungen zugesprochen worden ist, steht der KSM die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summen zu. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person treten ihre Ansprüche im Umfang des Rückerstattungsanspruchs an die KSM ab.
5. Verzichten versicherte Personen ohne Zustimmung von der KSM ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht der KSM. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruchs und die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung von der KSM nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

30. Überentschädigung und Überversicherung

1. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der versicherten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.
2. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.
3. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitaleleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt.
4. Die Taggeldleistungen der KSM werden im Nachgang zu Leistungen anderer Sozialversicherungen gewährt und werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.
5. Wenn der Lohn, der für die Berechnung des Taggeldes bei Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde, höher als der versicherte Lohn ist oder den effektiv entgangenen Verdienst übersteigt, so behält sich die KSM das Recht vor, das zuviel entrichtete Taggeld zurückzuverlangen.
6. Wird das Taggeld gekürzt, um eine Überentschädigung zu vermeiden, so hat der Versicherungsnehmer, solange Leistungsanspruch besteht, die einem vollen Taggeld entsprechende Prämie zu entrichten.
7. Besteht bei einem Privatversicherer eine Taggeldversicherung für Krankheit oder Unfall, gewährt die KSM das versicherte Taggeld nur so weit, als keine Überentschädigung besteht. Kürzt oder verweigert der Privatversicherer seine Leistungen gestützt auf eine Subsidiaritätsklausel leistet die KSM anteilmässig.

31. Verrechnung / Unrechtmässig bezogene Leistungen

1. Die KSM kann fällige Leistungen mit Prämienforderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer bzw. gegenüber der versicherten Person für seinen bzw. ihren Prämienanteil verrechnen, wenn
 - die Leistungen dem Arbeitgeber abgetreten wurden
 - die Leistungen an den Arbeitgeber bezahlt werden
2. Die versicherte Person resp. der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen. Die KSM kann einen Verzugszins in der Höhe von 5% p.a. erheben, wenn die Prämien nicht termingerecht bezahlt werden.
3. Vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

32. Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Der Versicherungsnehmer darf seine Forderungen gegenüber der KSM weder abtreten noch verpfänden.

VI Prämien

33. Grundlagen der Prämienberechnung

1. Vorbehältlich anderer vertraglicher Vereinbarung ist für die Prämienberechnung das im versicherten Betrieb erzielte AHV-pflichtige Einkommen unter Berücksichtigung des höchstversicherten Jahreslohnes pro Person massgebend. Löhne oder Lohnanteile, auf denen wegen des Alters der versicherten Person keine Beiträge an die AHV erhoben werden, gelten ebenfalls als Einkommen.
2. Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber sowie deren im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern oder anderen Familienangehörigen, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind sowie bei allen Personen mit fester Lohnsumme, gilt das in der Police aufgeführte Erwerbseinkommen für die Prämienberechnung.

34. Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherungsnehmer.
2. Der Prämiensatz wird vertraglich pro Kalenderjahr bestimmt. Die Prämie ist gemäss den vertraglichen Bestimmungen zahlbar.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Sie können jederzeit an die Entwicklung der AHV-pflichtigen Lohnsumme angepasst werden. Nicht bezahlte Raten der Jahresprämie bleiben geschuldet.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht entrichtet, so fordert die KSM den Schuldner auf, den Ausstand samt Kosten innert 14 Tagen nach Absenden der Mahnung zu bezahlen. Sie macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die ausstehende Prämie samt Mahnkosten während der Nachfrist nicht beglichen, so ruht die Leistungspflicht und der Versicherungsschutz ist sistiert und es wird ein Verzugszins von 5% ab dem ersten Tag nach Fristablauf erhoben. Die Sistierung hat keinen Einfluss auf die Pflicht des Versicherungsnehmers, der versicherten Person den Lohn zu entrichten. Sobald die Prämienrückstände samt Mahnkosten vollständig beglichen sind, erlangt der Versicherungsnehmer das Leistungsrecht zurück, und zwar rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Sistierung. Die Prämie ist in diesem Fall während der ganzen Dauer der Sistierung geschuldet.
5. Bezahlte der Versicherungsnehmer mindestens zwei Raten der Prämien nicht fristgerecht, trotz schriftlicher Androhung der Kündigung gem. Art. 34 Abs. 4 ist die KSM berechtigt, den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats zu kündigen. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.
6. Prämienbefreiung im Schadenfall: Während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit entfällt die Pflicht zur Prämienzahlung im Ausmass der aus dem Kollektivversicherungsvertrag erbrachten Leistungen. Ausgenommen von dieser Regelung sind diejenigen versicherten, in der Versicherungspolice namentlich erwähnten Personen, welche nicht die AHV-pflichtige Bruttolohnsumme, sondern feste Lohnsummen versichert haben.

35. Anpassung des Prämientarifs

1. Die KSM hat das Recht, die Prämien jährlich der Entwicklung der Schadenfälle anzupassen. Diese Anpassung tritt jeweils per 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
2. Die KSM behält sich das Recht vor, die Prämie unverzüglich an veränderte Verhältnisse wie Fusion, Spaltung, Übernahme oder bedeutende Änderungen in der Zusammensetzung des Versichertenkreises anzupassen.
3. Bei einer allfälligen Tarifänderung während der Vertragsdauer kann die KSM die Vertragsanpassung auf Anfang des nächsten Jahres vornehmen.

4. Die KSM informiert den Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe der neuen Prämie. Ist der Versicherungsnehmer mit der neuen Prämie nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des Jahres kündigen.
5. Trifft vor Ende des Jahres kein Kündigungsschreiben bei der KSM ein, gelten die Änderungen als angenommen.
6. Wenn nach der Festlegung der Prämie verspätete Meldungen von Arbeitsunfähigkeiten eingehen, hat die KSM das Recht, die Prämie rückwirkend an die tatsächliche Schadenbelastung anzupassen. Rückwirkende Korrekturen gelten als angenommen, wenn die KSM 30 Tage nach Mitteilung der Prämienkorrektur kein Kündigungsschreiben per Einschreiben erhalten hat. Die Kündigung tritt frühestens am Ende des Monats, in dem die KSM die verspätete Meldung erhalten hat, in Kraft.

36. Prämienabrechnung

Die definitive Prämienabrechnung wird per Ende des Geschäftsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht, aufgrund der vom Versicherungsnehmer gelieferten oder von der KSM eingeholten Dokumente erstellt.

37. Überschussbeteiligung

1. Im Rahmen einer vertraglich vorgesehenen Überschussbeteiligung erhält der Versicherungsnehmer nach der Abrechnungsperiode per 31. Dezember den im Vertrag vorgesehenen Anteil am Überschuss. Die Abrechnungsperiode ist im Vertrag festgehalten.
2. Die Abrechnung erfolgt frühestens fünf Monate nach Ende der Abrechnungsperiode, aber erst, nachdem alle in diese Periode fallenden Schadenfälle erledigt und entschädigt sind.
3. Werden die auf eine abgeschlossene Abrechnungsperiode entfallenden Schadenfälle erst nach Erstellung der Abrechnung gemeldet oder entschädigt, wird eine neue Abrechnung der Überschussbeteiligung erstellt. Die KSM fordert den zuviel ausbezahlten Anteil zurück.
4. Alle Schadenfälle, die während der kollektiven Versicherungsdeckung eintreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet.
5. Eine allfällige Überschussbeteiligung wird vergütet, wenn der Kollektivvertrag bis Ende der Abrechnungsperiode in Kraft bleibt.
6. Weitere Bestimmungen bezüglich der Überschussbeteiligung werden im Vertrag geregelt.

VII Schlussbestimmungen

38. Mitteilungen

Die Mitteilungen der KSM erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten Person angegebene Adresse.

39. Rechtspflege

1. Verfügung

Ist eine versicherte Person oder der Versicherungsnehmer mit einem Entscheid der KSM nicht einverstanden, kann sie oder er innert 30 Tagen verlangen, dass die KSM eine schriftliche Verfügung erlässt. Die KSM begründet die Verfügung und versieht sie mit einer Rechtsmittelbelehrung.
2. Einsprache

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Verfügung schriftlich bei der KSM Einsprache erhoben werden. Die KSM erlässt innert angemessener Frist einen Einspracheentscheid, begründet diesen und versieht ihn mit einer Rechtsmittelbelehrung. Das Einspracheverfahren ist kostenlos, Parteientschädigungen werden nicht ausgerichtet.

3. Beschwerde

Gegen Einspracheentscheide der KSM kann innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung des Einspracheentscheides Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht erhoben werden.

40. Inkrafttreten

Die vorliegenden AVB ersetzen die AVB vom 1. Januar 2012. Sie treten am 1. Januar 2020 in Kraft.