

Krankentaggeld nach KVG

Kollektiv-Krankenversicherung des Bauhandwerks – Vertrag Nr. 6500-UN

Dieses Informationsblatt beinhaltet die wesentlichen Punkte des Vertrags. Im Übrigen gelten die Versicherungspolice und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherungsnehmer

- Bureau des Métiers, Rue de la Dixence 20, 1950 Sitten

Versicherer

- Mutuel Krankenversicherung AG – Rue des Cèdres 5 – Postfach – 1919 Martigny (führende Versicherer und Mitversicherer)
- CSS Krankenversicherung AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern (Mitversicherer)
- Helsana Versicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf (Mitversicherer)

Versicherte Unternehmen

- Unternehmen, die der Kollektivkrankenversicherung des Bauhandwerks angeschlossen sind

Versicherte Personen

- Betriebspersonal, das einem Gesamtarbeitsvertrag untersteht, Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Auszubildende der versicherten Unternehmen
- Personen, die keinen Arbeitsvertrag mehr mit einem angeschlossenen Unternehmen haben, sofern sie sich unmittelbar nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei einer Arbeitslosenkasse angemeldet haben
- Grenzgänger haben die gleichen Rechte und Pflichten wie Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, sofern ihr Wohnsitz in einer an die Schweiz angrenzenden Region liegt und sie ein Einkommen und/oder ein Bankkonto in der Schweiz nachweisen können.

Beitritt zur Kollektiv-Krankenversicherung

- Das Beitrittsalter zur Kollektiv-Krankenversicherung ist auf das AHV-Alter beschränkt.
- Das Beitrittsgesuch zur Kollektiv-Krankenversicherung erfolgt schriftlich mit dem Anmeldeformular des Versicherungsnehmers.
- Der Gesundheitszustand des Antragstellers wird nicht geprüft und die Aufnahme erfolgt ohne Vorbehalt.
- Die Unternehmen sind verantwortlich für die schnelle und regelmässige Zustellung der Beitrittsgesuche und anderer Mutationsmeldungen an den Versicherungsnehmer.

Versicherungsdeckung

- Die Versicherung deckt die finanziellen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.
- Der maximal versicherbare Jahreslohn beträgt CHF 250'000.– pro Person.
- Die Versicherungsdeckung beginnt für jede Person mit dem Tag, an dem sie in den Dienst des versicherten Unternehmens tritt, frühestens jedoch mit dem in der Beitrittserklärung des Versicherungsnehmers angegebenen Datum.
- Die Versicherungsdeckung endet in folgenden Fällen: wenn der Versicherte nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählt, bei Kündigung der Kollektiv-Krankenversicherung, bei freiwilliger Arbeitsunterbrechung ohne Lohnanspruch, bei Tod der versicherten Person, bei Ausschöpfung des Leistungsanspruchs, am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Altersjahr erreicht, bei Ende der Arbeitsunfähigkeit eines Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs, wenn die Rahmenfrist oder der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung erloschen ist, bei einer Konkursöffnung des Unternehmens oder bei Ausschluss der versicherten Person.
- Die versicherten Unternehmen erhalten jeweils Anfang Jahr vom Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen, in denen alle wesentlichen Punkte der gewählten Deckung aufgeführt sind.

Versicherungsleistungen

- Die Leistungen bestehen aus einem Krankentaggeld in Höhe von 80% des versicherten Lohns. Sie werden proportional zum Grad der Arbeitsunfähigkeit und ab einer Arbeitsunfähigkeit von 25% ausbezahlt.
- Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit (inkl. Sonn- und Feiertage) gezahlt.
- Das Taggeld wird für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet.
- Personen, die nach Erreichen des AHV-Alters weiterhin zum Kreis der Versicherten des versicherten Unternehmens gehören, haben Anspruch auf 180 Taggelder für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten, aber höchstens bis zur Vollendung des 70. Altersjahres. Bei einer Arbeitsunfähigkeit während der 365 Tage vor dem Erreichen des AHV-Alters und wenn die verbleibende Dauer des Anspruchs auf Taggelder (Dauer berechnet auf der Grundlage dieser Arbeitsunfähigkeit) weniger als 180 Tage beträgt, ist der maximale Anspruch nach dem AHV-Alter auf diese Dauer begrenzt.
- Die Versicherungsleistungen werden entsprechend der Wahl des versicherten Unternehmens an das Unternehmen selbst oder direkt an die versicherte Person ausbezahlt.

Wartezeit

- Das zu versichernde Unternehmen kann eine Wartezeit von 2, 14 oder 30 Tagen wählen, die für alle versicherten Personen gilt. Für die Wahl einer Wartezeit von 14 oder 30 Tagen muss das Unternehmen eine Lohnsumme von mindestens CHF 750'000 (oder 15 Mitarbeitende) haben, bzw. CHF 1'000'000 (oder 25 Mitarbeitende).
- Unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten kann ein versichertes Unternehmen seine Wartezeit jedes Jahr auf den 1. Januar ändern.
- Die Wartezeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit ausser bei Rückfällen, unter Vorbehalt der verbleibenden Wartezeit.
- Bei jedem Rückfall mit demselben Leiden, der nach einer Frist von 180 Tagen auftritt, wird die Wartezeit neu angerechnet.

Meldefrist der Fälle

- Das versicherte Unternehmen muss den Versicherungsnehmer über eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person innert 14 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung informieren.
- Trifft die Meldung in Form eines ersten Arbeitsunfähigkeitszeugnisses nach Ablauf dieser Frist beim führenden Versicherer ein, gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit und die gewählte Wartezeit läuft ab diesem Tag. Der Anspruch auf das versicherte Taggeld besteht frühestens nach Ablauf dieser Frist.

Versicherungsprämien (gültig für den Zeitraum vom 1.1.2020 bis 31.12.2020)

- Deckung entspricht 80% des versicherten Lohns nach einer Wartezeit von 2 Tagen 3,60% des versicherten Lohns
 - Deckung entspricht 80% des versicherten Lohns nach einer Wartezeit von 14 Tagen 2,10% des versicherten Lohns
 - Deckung entspricht 80% des versicherten Lohns nach einer Wartezeit von 30 Tagen 1,80% des versicherten Lohns
- Der Versicherungsnehmer übernimmt die Prämie für die Taggeldversicherung bei Krankheit für Arbeitslose, die dem zuständigen RAV gemeldet werden.

Übertritt in die Einzelversicherung

- Jede versicherte Person, die ein versichertes Unternehmen verlässt, kann in die Einzelversicherung des führenden Versicherers übertreten. Dieser gewährt im Rahmen der geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen gleichwertige Leistungen, ohne neue Vorbehalte auszusprechen.
- Das gleiche Recht besteht, wenn die Zugehörigkeit des versicherten Unternehmens zum Bureau des Métiers endet und sofern der Austritt nicht aufgrund eines Ausschlusses erfolgte, den das Bureau des Métiers wegen Nichtzahlung der geschuldeten Prämie ausgesprochen hat.

Kündigung der Versicherungsdeckung

- Ein versichertes Unternehmen kann seine Kollektiv-Krankenversicherung jedes Jahr auf den 31. Dezember kündigen.
- Die Kündigung muss schriftlich per Einschreiben, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten erfolgen. Das Eingangsdatum ist massgebend.

Ausschluss der Versicherungsdeckung

- Der Versicherungsnehmer kann ein versichertes Unternehmen oder eine versicherte Person ausschliessen, wenn es/sie:
 - es versäumt, eine in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgeschriebene Mitteilung zu machen, es sei denn, das Versäumnis ist entschuldbar
 - den führenden Versicherer irreführt oder dies versucht
 - zum Nachteil des führenden Versicherers oder des Mitversicherers gesetzeswidrige Gewinne erzielt oder dies versucht