



Allgemeine Versicherungs- bedingungen (AVB) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

allgemeiner zusatz | capita krankheit | capita unfall |
compensa | dental | hospita | mondial | plus | premium |
privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung |
privat zusatz | protect | salto | tourist

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Kapitel		Seiten	Kapitel		Seiten
1	Grundlagen der Versicherung	3	6	Leistungen	7
1.1	Zweck		6.1	Begriffsdefinitionen	
1.2	Versicherungsträger		6.2	Leistungsbereich	
1.3	Versicherte Person		6.3	Versicherte Leistungen	
1.4	Gegenstand der Versicherung		6.4	Leistungsbeschränkungen	
1.5	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)		7	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall	9
1.6	Bedingungen für die Kollektivversicherungen		7.1	Meldepflicht	
1.7	Bedingungen für die Rahmenverträge		7.2	Schadenminderung	
1.8	Versicherungsvertragsgesetz		7.3	Auskunftspflicht	
2	Versicherungsabteilungen	4	8	Prämien und Zahlungen	9
2.1	Versicherungsmöglichkeiten		8.1	Prämienfestsetzung	
2.2	Änderungen der Versicherungsabteilungen		8.2	Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung	
2.3	Gewählte Versicherungsabteilungen		8.3	Prämienzahlung	
3	Versicherte Personen	4	8.4	Überschussbeteiligung	
3.1	Einzelversicherung		8.5	Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	
3.2	Kollektivversicherung		8.6	Sonstige Zahlungsbestimmungen	
4	Beginn und Dauer der Versicherung	4	9	Leistungen Dritter	11
4.1	Verfahren bei Versicherungsabschluss		9.1	Subsidiarität	
4.2	Beginn der Versicherung		9.2	Sozialversicherungen	
4.3	Dauer der Versicherung		9.3	Vorleistungen und Regress	
4.4	Änderung der Versicherung		9.4	Überversicherung	
4.5	Sistierung der Versicherung		10	Kundenkarte	12
5	Beendigung der Versicherung	6	11	Datenschutz	12
5.1	Kündigung durch die versicherte Person		12	Mitteilungen	12
5.2	Keine Kündigung durch den Versicherer		13	Gerichtsstand	12
5.3	Übrige Beendigungsgründe				

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen angeboten.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die in den einzelnen Versicherungsabteilungen aufgeführte Versicherungsgesellschaft (nachfolgend Versicherer).

1.3 Versicherte Person

Als versicherte Person gilt die in der Versicherungspolice aufgeführte Person. Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer ist diejenige Vertragspartei, die durch den Abschluss des Versicherungsvertrages für sich selbst und/oder für andere Personen Versicherungsschutz erhält. Wo in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und den zugehörigen Besonderen Bedingungen (BB) von der versicherten Person die Rede ist, ist sinngemäss auch die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherungsnehmer damit gemeint.

1.4 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen ist.

Sofern es in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist, kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

1.5 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die AVB regeln das Versicherungsverhältnis, soweit nicht im einzelnen Vertrag besondere Bedingungen vereinbart sind. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für alle nachfolgend aufgeführten Versicherungsabteilungen. Einzelheiten über die Leistungen sind in den Besonderen Bedingungen über die einzelnen Versicherungsabteilungen enthalten. Soweit die einzelnen Versicherungsabteilungen von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, gehen die Besonderen Bedingungen der einzelnen Versicherungsabteilung vor.

1.6 Bedingungen für die Kollektivversicherungen

Die AVB gelten auch für die Kollektivversicherungen im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen zwischen der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer vereinbart werden. Diese Vereinbarung betrifft insbesondere Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und Aufteilung von Rechten und Pflichten.

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor. Ist im Kollektivvertrag keine anderweitige Bestimmung getroffen worden, kommen die vorliegenden AVB zur Anwendung. Die versicherte Person hat das Recht, beim Versicherer Informationen über die das Versicherungsverhältnis betreffenden Bedingungen des Kollektivvertrags einzuholen.

1.7 Bedingungen für die Rahmenverträge

Die AVB gelten auch für die Rahmenverträge im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Rahmenvertrag können abweichende Bedingungen zwischen Rahmenvertragspartner und dem Versicherer vereinbart werden. Diese Vereinbarung betrifft beispielsweise administrative Vereinfachungen oder einen Rahmenvertragsrabatt. Der Rahmenvertragspartner und der Versicherer können den Rahmenvertragsrabatt abändern oder aufheben. Eine Rahmenvertragsrabattanpassung wird der versicherten Person 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Die versicherte Person hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Rahmenvertragsrabattanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten.

Die versicherte Person schliesst den Versicherungsvertrag direkt mit dem Versicherer ab. Die Bestimmungen im Rahmenvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor. Bestimmungen, die auf die versicherte Person zur Anwendung kommen, werden dieser vor Versicherungsabschluss zur Kenntnis gebracht. Ist im Rahmenvertrag keine anderweitige Bestimmung getroffen worden, kommen die vorliegenden AVB zur Anwendung. Die versicherte Person hat das Recht, beim Versicherer Informationen über die das Versicherungsverhältnis betreffenden Bedingungen des Rahmenvertrags einzuholen.

1.8 Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (Stand am 1. Januar 2022). Diese Regelung gilt auch für Versicherungsverträge, die vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden.

2 Versicherungsabteilungen

2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind nachfolgende Schaden- oder Summenversicherungen.

Schadenversicherungen: Im Leistungsfall vergütet der Versicherer der versicherten Person die angefallenen Leistungskosten unter Berücksichtigung von Selbstbeteiligungen, Limiten und/oder sonstigen vertraglich vereinbarten Maximalbeträgen.

- **plus**
- **premium**
- **allgemeiner zusatz**
- **privat zusatz**
- **hospita allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, global, flex, komfort**
- **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung**
- **salto**
- **mondial**
- **dental**
- **compensa**
- **tourist**
- **protect**

Summenversicherungen: Im Leistungsfall vergütet der Versicherer der versicherten Person die vereinbarte Summe unabhängig davon, ob der versicherten Person einen Schaden erlitten hat.

- **capita unfall**
- **capita krankheit**

Einzelne Versicherungsabteilungen werden mit mondial Varianten geführt.

2.2 Änderungen der Versicherungsabteilungen

Die Versicherungsabteilungen können vom Versicherer unter Wahrung des Besitzstandes den sich ändernden Bedürfnissen angepasst, ergänzt oder neu aufgeteilt werden.

2.3 Gewählte Versicherungsabteilungen

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungsabteilungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, sind ebenfalls in der Versicherungspolice vermerkt.

3 Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Kollektivversicherung

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten bzw. versicherbaren Personen festgelegt. Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4 Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mittels Formular des Versicherers. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Nicht handlungsfähige Personen können nur durch ihre gesetzlichen Vertreter versichert werden.

4.1.2 Auskunftspflicht

Werden unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, so kann der Versicherer den Vertrag innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung kündigen. Bei Vertragsauflösung erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, soweit sie mit den unrichtigen oder unvollständigen Angaben in Beziehung gebracht werden können. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person den Versicherer, bei Medizinalpersonen sowie bei anderen Versicherern die für den Versicherungsabschluss und für die Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen.

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder auf seine Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen. Die versicherte Person hat dafür zu sorgen, dass alle notwendigen Angaben zur Verfügung stehen.

4.1.3 Ablehnung oder Leistungsausschluss

Der Versicherer kann Anträge ablehnen oder einzelne Leistungen von der Versicherungsdeckung ausschliessen.

4.1.4 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält die versicherte Person

- die Versicherungspolice,
- die Besonderen Bedingungen,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4.1.5 Bindungsfrist

Wer dem Versicherer den Antrag zum Abschluss eines Versicherungsantrages stellt und für die Annahme keine kürzere Frist setzt, bleibt 14 Tage gebunden. Erfordert die Versicherung eine ärztliche Untersuchung, so bleibt die antragstellende Person vier Wochen gebunden.

4.1.6 Widerrufsrecht – Definition

Die versicherte Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherte Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Die Frist ist eingehalten, wenn die versicherte Person am letzten Tag der Widerrufsfrist ihren Widerruf dem Versicherer mitteilt oder ihre Widerrufserklärung der Post übergibt. Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht bei Vereinbarungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Solange geschädigte Dritte trotz eines Widerrufs gutgläubig Ansprüche gegenüber dem Versicherer geltend machen können, schuldet die versicherte Person die Prämie und der Versicherer kann den geschädigten Dritten die Unwirksamkeit des Vertrags nicht entgegenhalten.

4.1.7 Widerrufsrecht – Wirkung

Ein erfolgter Widerruf macht den Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung der versicherten Person von Anfang an unwirksam. Die Parteien müssen bereits empfangene Leistungen zurückerstatten. Die versicherte Person schuldet dem Versicherer keine weitere Entschädigung. Wo es angemessen erscheint, hat die versicherte Person dem Versicherer die Kosten für besondere Abklärungen, die dieser in guten Treuen im Hinblick auf den Vertragsabschluss vorgenommen hat, teilweise oder ganz zu erstatten.

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Versicherungsperiode

Die Versicherung dauert jeweils ein Kalenderjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember.

4.3.2 Längere Versicherungsdauer

Bei Abschluss einer Versicherung für die Dauer von drei vollen Kalenderjahren kann ein Rabatt gewährt werden.

4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Prämie bemisst sich nach der verbleibenden Versicherungsdauer.

4.3.4 Verlängerung der Versicherung

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach jedem Jahresablauf stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr, wenn er nicht von der versicherten Person unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

Versicherungsänderungen seitens des Versicherers erfolgen per Beginn der neuen Versicherungsperiode.

4.4 Änderung der Versicherung

4.4.1 Änderung durch die versicherte Person

Anträge auf eine Abänderung des Versicherungsvertrages mit einer erhöhten Deckung respektive Anträge, für die eine Gesundheitsdeklaration verlangt wird, gelten als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

4.4.2 Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, zum Beispiel die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen treten jeweils auf Beginn einer neuen Versicherungsperiode in Kraft und werden der versicherten Person 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens der versicherten Person, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Vertragsbedingungen.

4.5 Sistierung der Versicherung

4.5.1 Voraussetzung

Die Sistierung der Versicherung in allen oder einzelnen Versicherungsabteilungen kann beantragt werden, soweit nachweislich eine anderweitige Versicherungsdeckung besteht. Für die Vereinbarung einer Sistierung gilt das gleiche Verfahren wie für den Neuabschluss einer Versicherung (Antragstellung, Auskunftspflicht, Möglichkeit der Ablehnung, Dokumente, Widerrufsrecht). Während der Sistierung wird eine reduzierte Prämie erhoben.

4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

Die Sistierung beginnt nach Antragstellung frühestens am Monatsanfang nach Eintritt des Sistierungsgrundes. Die Sistierung muss für mindestens drei Monate beantragt und kann für eine Dauer von bis zu sechs Jahren abgeschlossen werden. Eine weitere Verlängerung der Sistierung kann beantragt werden. Kann der Versicherer einer Verlängerung nicht zustimmen, erlischt der Vertrag. Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben. Bei Wegfall des Sistierungsgrundes lebt der Versicherungsschutz vollumfänglich wieder auf, wenn dies innert 30 Tagen verlangt wird. Wird der Versicherungsschutz nicht innert dieser Frist reaktiviert, erlischt die Versicherung ohne Weiteres.

5 Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch die versicherte Person

5.1.1 Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. eine Versicherungsabteilung kann jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen bleiben vorbehalten.

5.1.2 Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, kann die versicherte Person innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit Kenntnisnahme von der Leistungsübernahme durch den Versicherer schriftlich vom entsprechenden Teil des Vertrages, d. h. von der betroffenen Versicherungsabteilung, zurücktreten. Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

5.1.3 Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

Versicherten Personen, deren Versicherung wegen Kündigung des Kollektivvertrages dahinfällt, steht das Recht auf Wechsel in eine gleichwertige Einzelversicherung offen. Bei einem Wechsel in eine höhere Versicherungsdeckung ist eine neue Gesundheitsdeklaration notwendig. Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Kollektivvertrages geltend gemacht werden.

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die versicherte Person einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat.

5.2 Keine Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer kündigt nicht, auf Vertragsablauf oder im Schadenfall. Vorbehalten bleibt die Kündigung des Vertrags wegen versuchten oder vollendeten Versicherungsmissbrauchs.

5.3 Übrige Beendigungsgründe

- a) Bei Tod der versicherten Person.
- b) Bei Wegzug ins Ausland (ausser für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, für entsandte Arbeitnehmende oder bei Abschluss einer **mondial** Variante).
- c) Bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze.
- d) Bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherungsabteilung.
- e) Wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer (max. 36 Monate, Verlängerung um weitere 36 Monate möglich) von **mondial** oder bei Sistierung nicht verlängert wird.
- f) Wenn die versicherte Person im Verlaufe des Versicherungsverhältnisses in der Schweiz oder im Wohnland der gesetzlichen Versicherungspflicht unterstellt wird bzw. die Befreiung von derselben erlischt, endet **mondial** auf das Datum der Neuunterstellung unter die gesetzliche Versicherungspflicht, frühestens aber auf Ende jenes Monats, in dem der Versicherer eine entsprechende Mitteilung erhält.

6 Leistungen

6.1 Begriffsdefinitionen

6.1.1 Krankheit

Als Krankheit gilt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

6.1.2 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche,
- b) Verrenkungen von Gelenken,
- c) Meniskusrisse,
- d) Muskelrisse,
- e) Muskelzerrungen,
- f) Sehnenrisse,
- g) Bandläsionen,
- h) Trommelfellverletzungen.

Keine Körperschädigung im Sinne des obigen Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss UVG als Unfälle anerkannt sind.

6.1.3 Mutterschaft

Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind gleich versichert wie Krankheit, wenn die Versicherung der Mutter beim Versicherer zum Zeitpunkt der Geburt schon mindestens 270 Tage gedauert hat oder, bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn die Einreichung des Versicherungsantrages beim Versicherer mindestens 270 Tage vor der Geburt bestätigt wurde.

6.2 Leistungsbereich

6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt grundsätzlich für Leistungen in der Schweiz und bei notfallmässiger Behandlung weltweit. Die Bestimmungen über die örtliche Geltung gemäss den Versicherungsbestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen gehen vor.

Für Grenzgängerinnen und Grenzgänger besteht der Versicherungsschutz auch für Leistungen an ihrem Wohnsitz.

6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung. Vorbehalten bleiben periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG.

6.3 Versicherte Leistungen

6.3.1 Leistungsumfang

Versichert sind die Leistungen gemäss der in der Versicherungspolice aufgeführten Deckung und gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen.

6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Behandlungen sind gedeckt, wenn sie wirtschaftlich, wirksam, zweckmässig und medizinisch notwendig sind. Das heisst, die Kosten medizinischer Behandlungen werden übernommen, soweit sie sich auf das im Interesse der versicherten Person liegende und dem Behandlungszweck nach erforderliche Mass beschränken.

Der Versicherer kann zum Zwecke der optimalen Betreuung seiner versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel, durch verbesserte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen. Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen oder ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

6.3.3 Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

Behandlungen durch Medizinalpersonen oder medizinische Institutionen sind versichert, wenn diese gemäss KVG anerkannt sind. Die Leistungen anderer Personen oder Institutionen sind versichert, soweit dies in den einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist.

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4.1 Vorbestehende Krankheiten und Unfälle

Der Versicherer kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausnehmen (Vorbehalt) oder den Antrag ganz ablehnen. Bei einer Höherversicherung mit Vorbehalt erfolgt in der neuen Versicherungsabteilung oder Klasse keine Beschränkung für jene Leistungen, die bereits in der bisherigen Versicherungsabteilung abgedeckt waren.

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und durch den Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden,
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden,
- c) während einer Karenzzeit,
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient; vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt,
- e) für Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer,
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist,
- g) bei Sistierung der Versicherung,
- h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen,
- i) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,

- j) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- l) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen,
- m) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie,
- n) für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), Solothurn, Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird,
- o) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung,
- p) für epidemische Erkrankungen.

Allfällige weitere Leistungsausschlüsse und Limitierungen von Leistungen sind in den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen festgehalten.

6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- a) wenn im Schadenfall gebotene Meldepflichten oder Obliegenheiten gemäss VVG verletzt werden,
- b) bei grob fahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen,
- c) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, das heisst, wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmungen gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen, einem Training dazu oder die Teilnahme an Risikosportarten, welche nicht von professionellen und qualifizierten Betreibern betreut, begleitet und organisiert werden. Der Versicherer führt eine Liste mit sämtlichen Risikosportarten, die als Wagnis gelten. Die Liste ist nicht abschliessend und kann von den versicherten Personen jederzeit eingesehen werden,

- d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen,
- e) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

Leistungskürzungen werden jedoch nicht angewendet, wenn

- a) vorstehende Sachverhalte nicht von der versicherten Person verschuldet wurden oder
- b) die versicherte Person nachweist, dass die Vertragsverletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den vom Versicherer geschuldeten Leistungsumfang hat.

7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen beim Versicherer einzureichen. Der Eintritt eines Unfalls muss spätestens innerhalb von zehn Tagen gemeldet werden.

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte und leserliche Originalrechnungen anerkannt.

7.2 Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Schadenminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert, und sie hat alles zu unterlassen, was diese verzögert. Die versicherte Person unterstützt im Rahmen begleitender Massnahmen des Versicherers die Tätigkeit der Gesundheitsberaterin bzw. des Gesundheitsberaters und erteilt ihr bzw. ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3 Auskunftspflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls Auskünfte einholen.

Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch eine zweite Ärztin oder einen zweiten Arzt oder durch die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt der Versicherer. Die versicherte

Person erteilt dem Versicherer Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind dem Versicherer Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Bei nicht handlungsfähigen Personen hat die versicherte Person die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8 Prämien und Zahlungen

8.1 Prämienfestsetzung

8.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2 Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach dem Lebensalter (resp. Altersklassen) der versicherten Person, dem Wohnsitz, der Höhe des selbst oder vom Versicherten getragenen Risikos etc., festgesetzt.

Prämienänderungen infolge Wechsel der Risikogruppe erfolgen automatisch. Der Versicherer behält sich vor, aufgrund demografischer Entwicklungen neue höchste Altersklassen einzuführen. Die Altersklassen sind am Ende der Besonderen Bedingungen der jeweiligen Versicherungsabteilung ausgewiesen.

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Familienrabatt

Für Familien können Prämienrabatte festgelegt werden, insbesondere für Kinder bis 18 Jahre, bei Abschluss einer Versicherung für die Dauer von mindestens drei vollen Kalenderjahren oder wenn sich Frau und Mann gleichwertig versichern.

Voraussetzung für die Gewährung eines Rabattes an Kinder ist

- bei einer Versicherungsdauer von mindestens drei vollen Kalenderjahren: dass ein Elternteil beim Versicherer mindestens gleichwertig wie das Kind versichert ist und mit ihm im selben Haushalt lebt (Familienpolice).
- für Prämienbefreiung ab dem dritten Kind: dass die zwei ältesten, im gleichen Haushalt (Familienpolice) lebenden Geschwister bis 25 mindestens gleichwertig beim Versicherer versichert sind.

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden. Von der Anpassung ausgenommen ist der Familienrabatt.

Die Prämienanpassungen werden der versicherten Person 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten. Aus Prämienanpassungen aufgrund des automatischen Wechsels in eine höhere oder neu eingeführte höchste Altersklasse ergibt sich ein ausserordentliches Kündigungsrecht unter den gleichen Bedingungen.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.3 Prämienzahlung

8.3.1 Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus gemäss den auf der Prämienrechnung festgehaltenen Fälligkeiten und Zahlungsfristen zu bezahlen. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung.

Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die Prämie für den ganzen Monat geschuldet.

8.3.2 Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch die versicherte Person auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht die versicherte Person auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zulasten der versicherten Person.

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht für Behandlungen oder Erwerbsausfälle, die vom Ablauf der Zahlungsfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Beträge samt Zinsen und Verwaltungskosten stattfinden. Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten,

besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der ausstehenden Beträge.

Der Versicherer kann ab Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag.

8.4 Überschussbeteiligung

8.4.1 Grundsatz

Sofern die versicherte volljährige Person einen günstigen Risikoverlauf aufweist, kann sie an einem allfälligen Überschuss, d. h. am Reingewinn des Versicherers, beteiligt werden.

8.4.2 Voraussetzung

Voraussetzung einer allfälligen Überschussbeteiligung ist, dass die versicherte Person während mindestens eines Kalenderjahres keinerlei Leistungen beim Versicherer bezogen hat. Darunter fallen sämtliche Versicherungsabteilungen inklusive der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder einer Taggeldversicherung nach KVG.

8.4.3 Auszahlung

Die allfällige Überschussbeteiligung wird frühestens nach Ablauf eines Jahres nach dem bezugsfreien Kalenderjahr als Einmalauszahlung ausgerichtet. Sie kann nur an Personen ausgerichtet werden, die zum Zeitpunkt der Auszahlung beim Versicherer versichert sind.

8.5 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

8.5.1 Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.6.1 Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnen. Die versicherte Person hat gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

8.6.2 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

8.6.3 Leistungsauszahlung

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet die versicherte Person das Honorar den Leistungserbringern. Der Versicherer überweist der versicherten Person die Leistungen auf deren Bank- oder Postkonto. Eine entsprechende Konto-Verbindung ist dem Versicherer rechtzeitig bekannt zu geben. Falls die Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann der Versicherer eine Entschädigung der entstandenen Mehrkosten verlangen.

Bestehen zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern anderslautende Verträge und Tarife, erfolgt die Direktzahlung durch den Versicherer an die Leistungserbringer. Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist die versicherte Person verpflichtet, die vereinbarte Kostenbeteiligung innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung dem Versicherer zurückzuerstatten.

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des vom Versicherer für den entsprechenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

8.6.4 Verjährung

Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherer verjährt innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

Für Verträge, die nach dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden, gilt bezüglich der Schulden der versicherten Person eine Verjährungsfrist von fünf Jahren. Für Verträge, die vor dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden, gilt bezüglich der Schulden der versicherten Person eine Verjährungsfrist von zwei Jahren.

9 Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

9.1.1 Im Allgemeinen

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte gemäss Gesetz oder aus Verschulden, ist der Versicherer nicht oder höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

Im Umfang der Leistungs- oder Reduktionsansprüche gegenüber Kantonen und Gemeinden besteht ebenfalls keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.3 Mehrfachversicherung

Bei Mehrfachversicherung haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht.

9.1.4 Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung durch den Versicherer ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

9.2 Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zulasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

9.3 Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu anderen Dritten als den Sozialversicherungen können Vorleistungen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und dass sie ihre Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

9.4 Überversicherung

Versicherten Personen darf aus den Leistungen nach diesen AVB unter Berücksichtigung der Leistungen von Dritten kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

10 Kundenkarte

Die beim Versicherer versicherten Personen erhalten durch den Versicherer die persönliche Kundenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die entsprechenden Besonderen Bedingungen.

11 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, insbesondere nach den geltenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz. Dabei beachtet Sympany Versicherungen AG die Kategorie der besonders schützenswerten Personendaten, zum Beispiel Gesundheitsdaten, gemäss vorgenanntem Bundesgesetz.

Wird die Datenverarbeitung einem Dritten übertragen, sorgt der Versicherer dafür, dass die Daten nur so verarbeitet werden, wie er es selbst tun dürfte.

Der Versicherer beschafft und verarbeitet nur die Daten (z. B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Schadenabwicklung), die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach VVG erforderlich sind. Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

Dritten gibt der Versicherer nur dann Daten weiter, wenn die Weitergabe in direktem Zusammenhang mit der Durchführung des Vertrages steht. Dies gilt insbesondere bei einer Datenweitergabe an einen Versicherungsträger, wenn in einer Versicherungsabteilung die Zusammenarbeit mit einem anderen Versicherungsträger als Sympany Versicherungen AG vorgesehen ist. In anderen Fällen gibt der Versicherer nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft.

Der Versicherer bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen die Daten vor dem Zugriff von Unbefugten.

Detaillierte Ausführungen zum Datenschutz befinden sich im Internet unter www.sympany.ch/datenschutz

Arbeitet Sympany Versicherungen AG in einer Versicherungsabteilung mit einem anderen Versicherungsträger zusammen, können weitere Einzelheiten den Datenschutzbestimmungen des Versicherungsträgers entnommen werden.

12 Mitteilungen

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Personen, die für die Versicherung wesentlich sind, wie etwa die Änderung des Wohnsitzes, sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen. Kommt die versicherte Person der Mitteilungspflicht bezüglich dieser Änderungen, die für die Berechnung der Prämie massgeblich sind, nicht nach, so ist eine allfällige Prämien Differenz rückwirkend geschuldet.

Bei Wohnsitz im Ausland ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Alle schriftlichen Mitteilungen haben schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erfolgen. Erfolgt die Mitteilung in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, muss die versicherte Person für den Versicherer identifizierbar sein.

Alle Mitteilungen sind durch die versicherte Person an den Versicherer zu richten. Die dafür zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle, auf welchen die versicherte Person den Versicherer kontaktieren kann, werden vom Versicherer – soweit gemäss Gesetz und Rechtsprechung zulässig – dargelegt und sind auf www.sympany.ch/mitteilungen einsehbar.

Mitteilungen des Versicherers erfolgen schriftlich respektive mittels Versichertenzeitschrift an die versicherte Person an deren zuletzt angegebene Adresse oder an die Kontaktadresse in der Schweiz.

13 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB und allfälligen Besonderen Bestimmungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort oder am Geschäftssitz des Versicherers offen.