



**Versicherungsbedingungen  
nach VVG**

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB)

## Inhalts-Verzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung
  - 1.1. Grundsatz
  - 1.2. Versicherungsträger
  - 1.3. Gegenstand der Versicherung
  - 1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen
  - 1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung
  - 1.6. Versicherungsvertragsgesetz
2. Versicherungen
  - 2.1. Versicherungsmöglichkeiten
  - 2.2. Änderung der Versicherungen
  - 2.3. Versicherungskombinationen
  - 2.4. Gewählte Versicherungen
3. Versicherte Personen
  - 3.1. Einzelversicherung
  - 3.2. Kollektivversicherung
4. Beginn und Dauer der Versicherung
  - 4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss
    - 4.1.1. Antrag
      - 4.1.2. Informationen des Versicherers für den Antragsteller vor Vertragsabschluss
      - 4.1.3. Information von Kollektivversicherten
      - 4.1.4. Auskunftspflicht
      - 4.1.5. Unterlagen, Dokumente
      - 4.1.6. Widerrufsrecht
    - 4.2. Beginn der Versicherung
    - 4.3. Dauer der Versicherung
      - 4.3.1. Im Allgemeinen
      - 4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
      - 4.3.3. Verlängerung der Versicherung
    - 4.4. Änderung der Versicherung
      - 4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer (Im folgenden Versicherungsnehmer)
      - 4.4.2. Änderung durch den Versicherer
    - 4.5. Sistierung der Versicherung
      - 4.5.1. Voraussetzung
      - 4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung
  - 4.2. Beginn der Versicherung
  - 4.3. Dauer der Versicherung
    - 4.3.1. Im Allgemeinen
    - 4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
    - 4.3.3. Verlängerung der Versicherung
  - 4.4. Änderung der Versicherung
    - 4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer (Im folgenden Versicherungsnehmer)
    - 4.4.2. Änderung durch den Versicherer
  - 4.5. Sistierung der Versicherung
    - 4.5.1. Voraussetzung
    - 4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung
5. Beendigung der Versicherung
  - 5.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer
    - 5.1.1. Ordentliche Kündigung
    - 5.1.2. Kündigung bei Leistungsbezug
    - 5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
  - 5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer
  - 5.3. Übrige Beendigungsgründe

6. Leistungen
  - 6.1. Begriffsdefinition
    - 6.1.1. Krankheit
    - 6.1.2. Unfall
    - 6.1.3. Mutterschaft
  - 6.2. Leistungsbereich
    - 6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich
    - 6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich
  - 6.3. Versicherte Leistungen
    - 6.3.1. Leistungsumfang
    - 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
    - 6.3.3. Behandlung anerkannter Medizinalpersonen
  - 6.4. Leistungsbeschränkungen
    - 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
    - 6.4.2. Leistungsausschluss
    - 6.4.3. Leistungseinschränkungen
7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall
  - 7.1. Meldepflicht
  - 7.2. Schadensminderung
  - 7.3. Auskunftspflicht
8. Prämien und Zahlungen
  - 8.1. Prämienfestsetzung
    - 8.1.1. Im Allgemeinen
    - 8.1.2. Prämienhöhe
    - 8.1.3. Familienrabatt
  - 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
  - 8.3. Prämienzahlung
    - 8.3.1. Fälligkeit/Zahlungsperiode
    - 8.3.2. Zahlungsverzug
  - 8.4. Überschussbeteiligung
    - 8.4.1. Grundsatz
    - 8.4.2. Voraussetzung
    - 8.4.3. Auszahlung
  - 8.5. Sonstige Zahlungsbestimmungen
    - 8.5.1. Verrechnung
    - 8.5.2. Verpfändung, Abtretung
    - 8.5.3. Leistungsauszahlung
    - 8.5.4. Leistungsanspruch
9. Leistungen Dritter
  - 9.1. Subsidiarität
    - 9.1.1. Im Allgemein
    - 9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand
    - 9.1.3. Mehrfachversicherung
    - 9.1.4. Leistungsverzicht
  - 9.2. Sozialversicherungen
  - 9.3. Vorleistungen und Regress
  - 9.4. Überversicherung
10. Mitteilungen
11. Gerichtsstand
12. Inkraftsetzung

# **1. Grundlagen der Versicherung**

## **1.1. Grundsatz**

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (im folgenden AVB) Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen angeboten.

## **1.2. Versicherungsträger**

Die Versicherungsträger für die vermittelnden Versicherungen sind die Innova Versicherungen AG, Gümligen, die RVK Rück Luzern, die Solida Versicherungen AG Zürich, die Zürich Versicherungen, die Winterthur Versicherungen, die Europäische Reiseversicherungen und die National Versicherungen. Die vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte öffentliche Krankenkasse Lugnez II (im folgenden Versicherer).

Der Versicherungsträger für die auf eigene Rechnung geführten Versicherungen ist der Versicherer. Diese Versicherungen sind bei der Rückversicherung RVK Rück in Luzern zum Teil rückversichert.

## **1.3. 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 Versicherungen vorgesehen ist, kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

## **1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen**

Die AVB regeln das Versicherungsverhältnis, soweit nicht im einzelnen Vertrag besondere Bedingungen vereinbart sind.

Die gemeinsamen Bestimmungen der AVB gelten für alle nachfolgend aufgeführten Versicherungen (Einzel- und Kollektivversicherung). Einzelheiten über die Leistungen sind in den Bestimmungen über die einzelnen Versicherungen enthalten. Soweit die einzelnen Versicherungen von den gemeinsamen Bestimmungen abweichen, gehen die Bestimmungen der einzelnen Versicherung vor.

## **1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung**

Die AVB gelten auch für den Bereich der Kollektivversicherungen. Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen insbesondere betreffend Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und bezüglich der Aufteilung von Rechten und Pflichten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten vereinbart werden.

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den AVB vor.

## **1.6. Versicherungsvertragsgesetz**

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 02.04.1908.

## **2. Versicherungen**

### **2.1. Versicherungsmöglichkeiten**

Die auf eigene Rechnung geführten Versicherungen nach diesen AVB sind:

- Allgemeiner Zusatz (AZ)
- Kombi Allgemein (KA)
- Spitaltaggeld (STG)

Die vermittelten Versicherungen nach diesen AVB sind:

- Activa Halbprivat (AH)
- Activa Privat (AP)
- Activa Global (AG)
- Activa Switch (AS)
- Zahnpflegekostenversicherung (ZPK)
- Pflegeversicherung Mondial (PM)
- Taggeldversicherung (TG)
- Unfalltodesfallkapital und Unfallinvaliditätskapital (UTI)
- Krankheitstodesfallkapital und Krankheitsinvaliditätskapital (KTI)
- Todesfallkapital- und Invalidenrentenversicherung (KUTIR)
- Progressive Invalidenrente (PIR)
- Ferien- und Reiseversicherung (FR)
- Touristenversicherung (TV)

### **2.2. Änderungen der Versicherungen**

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

### **2.3. Versicherungskombinationen**

Alle unter Punkt 2.1. aufgeführten Versicherungen können selbständig, ohne dass eine oblig. Krankenpflegeversicherung nach KVG beim Versicherer besteht, abgeschlossen werden. Ausnahmen sind in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen geregelt.

### **2.4. Gewählte Versicherungen**

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den AVB und den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen abweichen, sind 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 mit vorgedrucktem Formular des Versicherers. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Für nicht handlungsfähige Personen können nur ihre gesetzlichen Vertreter einen Versicherungsabschluss beantragen.

#### **4.1.2. Informationen des Versicherers für den Antragsteller vor Vertragsabschluss**

Der Versicherer orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrags, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers und die Identität des Versicherers. Sofern vertraglich eine Überschussbeteiligung vereinbart wird, orientiert der Versicherer vor Vertragsabschluss auch über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Massstäbe. Mit Bezug auf den Datenschutz stellt der Versicherer sicher, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich garantiert der Versicherer die Einhaltung des Datenschutzgesetzes. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind. Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer stehen oder Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. Der Versicherer stellt sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

#### **4.1.3. Information von Kollektivversicherten**

Bei Kollektivverträgen, die anderen Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, verpflichtet der Versicherer den Vertragsnehmer dazu, diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrags sowie dessen Änderungen und Auflösung zu unterrichten und achtet auf die Einhaltung dieser Verpflichtung.

#### **4.1.4. Auskunftspflicht**

Werden bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, so kann der Versicherer innert vier Wochen, seit er von der Unrichtigkeit der Angaben Kenntnis hat, vom Vertrag, bzw. vom betroffenen Teil des Vertrages, zurücktreten oder die Versicherungsdeckung einschränken.

Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person den Versicherer, bei Medizinalpersonen sowie bei Dritten, 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.

Der Antragssteller hat dafür zu sorgen, dass der Versicherer alle notwendigen Angaben für einen Versicherungsabschluss erhält.

#### 4.1.5. Unterlagen, Dokumente

Beim Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### 4.1.6. Widerrufsrecht

Der Antrag auf Versicherungsabschluss kann innerhalb von 14 Tagen seit der Unterzeichnung zurückgezogen werden. Mit Abgabe der Widerrufserklärung fallen sämtliche Verpflichtungen des Versicherers dahin.

Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls gilt ihr Inhalt als von ihm genehmigt.

#### 4.2. Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

#### 4.3. Dauer der Versicherung

##### 4.3.1. Im Allgemeinen

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

##### 4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

##### 4.3.3. Verlängerung der Versicherung

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach jedem Jahresablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer, unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist, gekündigt wird.

#### 4.4. Änderung der Versicherung

##### 4.4.1. Änderung durch den Versicherungsnehmer

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 Kündigungsfristen.

#### 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, wie z. B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen, neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen, Medikamente, ähnliche Entwicklungen oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungszweigen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers, 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 Versicherungen kann beantragt werden, soweit nachweislich eine anderweitige Versicherungsdeckung besteht.

##### 4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung

Die Sistierung beginnt nach Antragsstellung frühestens am Monatsanfang nach Eintritt des Sistierungsgrundes.

Die Sistierung muss für mindestens drei Monate beantragt und kann für eine Dauer bis zu sechs Jahren abgeschlossen werden. Eine weitere Verlängerung der Sistierung kann beantragt werden.

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz oder im Fürstentum Lichtenstein anzugeben.

Bei Wegfall des Sistierungsgrundes lebt der Versicherungsschutz vollumfänglich wieder auf, wenn dies innert 30 Tagen verlangt wird.

Wird der Versicherungsschutz nicht reaktiviert, erlöscht die Versicherung ohne weiteres innert dieser Frist.

### 5. Beendigung der Versicherung

#### 5.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

##### 5.1.1. Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. eine Versicherung kann jeweils bis spätestens 31. März auf den 30. Juni oder bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Vorbehalten bleiben abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungen.

##### 5.1.2. Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit er von der Leistungsübernahme durch den Versicherer Kenntnis hat, schriftlich vom entsprechenden Teil des Vertrages zurücktreten. Die Prämie ist bis zum Ablauf des Kalendersemesters geschuldet.

### 5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

Versicherte Personen, deren Versicherung wegen Kündigung des Kollektivvertrages dahinfällt, steht das Recht auf Wechsel in die Einzelversicherung ohne neue Gesundheitsdeklaration offen.

Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Kollektivvertrages geltend gemacht werden.

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat.

### 5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Ausgenommen bleibt das Kündigungsrecht bei Kollektivverträgen. Ebenso vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigem Verhalten.

### 5.3. Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person.
- b) bei Wegzug ins Ausland. Ausgenommen bleiben Grenzgängerinnen und Grenzgänger oder der Abschluss einer PM.
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze.
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherung.
- e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer in Mondial oder bei Sistierung nicht verlängert wird.
- f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen.

## 6. Leistungen

### 6.1. Begriffsdefinitionen

#### 6.1.1. Krankheit

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

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind.
- b) Verrenkungen von Gelenken.
- c) Meniskusrisse.
- d) Muskelrisse.
- e) Muskelzerrungen.
- f) Sehnenrisse.
- g) Bandläsion.
- h) Trommelfellverletzungen.

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 beim Versicherer für die Mutter im Zeitpunkt der Geburt schon mindestens 270 Tage gedauert hat, oder bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn die Annahme des Versicherungsantrages durch den 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 Versicherungen 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.

## 6.3. Versicherte Leistungen

### 6.3.1. Leistungsumfang

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

### 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Behandlungskosten 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 erforderliche Mass beschränken.

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen oder seine 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 Versicherungen vorgesehen ist.

## 6.4. Leistungsbeschränkungen

### 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Der Versicherer kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausnehmen.

Die Deckungseinschränkung wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt.

### 6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden.
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung 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 Versicherung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist.
- g) bei Sistierung der Versicherung.
- h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen.
- i) bei Beteiligungen an kriegerischen Handlungen, Unruhen und ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst.
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt.
- l) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten.
- m) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen.
- n) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie.

- o) für Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn, (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird.
- p) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- q) für epidemische Erkrankungen.

Allfällige weitere Leistungsausschlüsse in den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungen bleiben vorbehalten.

#### 6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch den Versicherungsnehmer oder der versicherten Person.
- b) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen.
- c) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, das heisst, wenn sich der Versicherte 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 Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu.
- d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungs- oder Selbstverletzungsversuchen.
- e) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

### 7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall

#### 7.1. Meldepflicht

Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen beim Versicherer einzureichen. Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen.

Der Eintritt eines Unfalles muss spätestens innert 10 Tagen gemeldet werden. Werden Leistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen.

Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt.

#### 7.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Schadenminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert, und er hat alles zu unterlassen, was diese verzögert.

#### 7.3. Auskunftspflicht

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

Auf Verlangen hat sich der Versicherte durch einen zweiten Arzt oder 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 haben die Versicherungsnehmer die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

## **8. Prämien und Zahlungen**

### 8.1. Prämienfestsetzung

#### 8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherung festgesetzt.

#### 8.1.2. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach dem Lebensalter der versicherten Person, festgesetzt.

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch. Sie geben kein Kündigungsrecht.

Kommt die versicherte Person der Meldepflicht betreffend veränderte persönliche Verhältnisse, die für die Berechnung der Prämie massgeblich sind, nicht nach, so ist eine allfällige Prämien­differenz rückwirkend geschuldet.

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

#### 8.1.3 Familienrabatt

Für Familien können Prämienrabatte festgelegt werden, insbesondere für die Kinder oder wenn sich Frau und Mann gleichwertig versichern.

### 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden.

Die Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung hin von der entsprechenden Versicherung zurückzutreten.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

### 8.3. Prämienzahlung

#### 8.3.1. Fälligkeit

Die Prämien sind im voraus 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 den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Zahlungsaufforderung macht den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht für Behandlungen oder Erwerbsausfälle, die vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten stattfinden.

Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während dem Ruhen der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie.

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

## 8.4. Überschussbeteiligung

### 8.4.1. Grundsatz

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

### 8.4.2. Voraussetzung

Voraussetzung einer allfälligen Überschussbeteiligung ist, dass die versicherte Person während mindestens einem Kalenderjahr keinerlei Leistungen beim Versicherer bezogen hat. Darunter fallen sämtliche Versicherungen, inklusive die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine 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 im Zeitpunkt der Auszahlung versichert sind.

## 8.5. Sonstige Zahlungsbestimmungen

### 8.5.1. Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherten oder dem Versicherungsnehmer verrechnen.

Die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer haben gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

### 8.5.2. Verpfändung und Abtretung

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

### 8.5.3. Leistungsauszahlung

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet der Versicherte den Leistungserbringern das Honorar.

Bestehen zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern anderslautende Verträge und Tarife, erfolgt die Direktzahlung vom 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 des Versicherers zurückzuerstatten.

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsstellern und versicherter Person sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von dem Versicherer für den entsprechenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Versicherer zurückgefordert.

### 8.5.4. Leistungsanspruch

Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherer verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet. Abweichende Bestimmungen in den AVB zu den einzelnen Versicherungen vorbehalten.

## 9. Leistungen Dritter

### 9.1. Subsidiarität

#### 9.1.1. Allgemein

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

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, so wird ausgerechnet, wieviel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Die nach diesen AVB zu leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

#### 9.1.4. Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers 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 zu Lasten 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 andern Dritten als den Sozialversicherungen, können Vorleistungen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung seiner Ansprüche bemüht hat und dass er seine Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

#### 9.4. Überversicherung

Den Versicherten darf aus den Leistungen nach diesen AVB oder zusammen mit anderen Leistungserbringern kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

### 10. Mitteilungen

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen des Versicherten, die für die Versicherung wesentlich sind, wie etwa die Änderung des Wohnsitzes, sind dem Versicherer innert 10 Tagen und unaufgefordert schriftlich mitzuteilen.

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

Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an den Versicherer zu richten.

Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich, respektive mittels Versichertenzeitung an den Versicherten oder an die Versicherungsnehmer an deren zuletzt angegebene Adresse oder an die Kontaktadresse in der Schweiz.

### 11. Gerichtsstand

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

### 12. Inkrafttreten

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbestimmungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB) treten am 01.01.1997 in Kraft. Sie ersetzen alle bisherigen Versicherungsbestimmungen.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

## Allgemeiner Zusatz (AZ)

### Inhalts-Verzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung
  - 1.1. Zweck
  - 1.2. Versicherte
  - 1.3. Leistungsvoraussetzung
  - 1.4. Leistungen im Ausland
  - 1.5. Vertrauensarzt
  - 1.6. Kommissionsbeschlüsse
2. Ärztliche Behandlung
  - 2.1. Ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
  - 2.2. Ärztliche Behandlungen im Ausland
  - 2.3. Leistungsdauer
3. Prävention
  - 3.1. Impfungen
  - 3.2. Check-up-Untersuchung
  - 3.3. Mutterschaft
    - 3.3.1. Geburtsvorbereitung
    - 3.3.2. Stillgeld
  - 3.4. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
  - 3.5. Unterbindung/Vasektomie
  - 3.6. Weitere Präventivmassnahmen
4. Hilfsmittel
  - 4.1. Brillen und Kontaktlinsen
  - 4.2. Übrige Hilfsmittel
5. Zahnärztliche Behandlung
  - 5.1. Kontrolluntersuchungen ohne zahnärztliche Behandlungen
  - 5.2. Zahnärztliche Behandlungen
  - 5.3. Kieferorthopädische Behandlungen
  - 5.4. Leistungen des Gemeinwesens
  - 5.5. Leistungserbringer und Tarif
6. Alternativmedizin
  - 6.1. Akupunktur
  - 6.2. Naturärztliche Behandlung
  - 6.3. Erfahrungsmedizinische Methoden
  - 6.4. Natürliche Heilmittel
  - 6.5. Natürliche Heilmethoden
  - 6.6. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland
  - 6.7. Maximaler Leistungsbezug
  - 6.8. Leistungsvoraussetzung
7. Nichtpflichtmedikamente
8. Ambulante Badekuren

- 9. Psychotherapeutische Behandlung
  - 9.1. Leistungsumfang
  - 9.2. Leistungsvoraussetzung
  - 9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- 10. Transportkosten, Fahrtspesen, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen
  - 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 10.2. Suchaktionen
- 11. Rooming-in
- 12. Keine Leistungspflicht
- 13. Härtefälle
- 14. Schlussbestimmungen
  - 14.1. Im Allgemeinen
  - 14.2. Anwendungsbereich dieses Reglementes
  - 14.3. Inkraftsetzung

## **1. Grundlagen der Versicherung**

### **1.1. Zweck**

Die Leistungen der oblig. Krankenpflegeversicherung (Im folgenden Basis) gehen denjenigen des AZ vor.

Der AZ erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, an Präventivmassnahmen, Brillen und Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, nicht-ärztliche psychotherapeutische Behandlungen, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, Rooming-in sowie an Stillgelder. Beiträge an Leistungen im Ausland kann der AZ zusätzlich erbringen, falls eine Kostengutsprache der öffentlichen Krankenkasse Lugnez II (Im folgenden Versicherer) besteht.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungen dieser AVB erbracht.

### **1.2. Versicherte**

In den AZ können Personen ohne Altersbeschränkung aufgenommen werden, sofern sie beim Versicherer die Basis abgeschlossen haben.

### **1.3. Leistungsvoraussetzung**

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind.

Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem Beitritt zum AZ und erlischt mit dem Austritt aus dem AZ oder aus der Basis.

### **1.4. Leistungen im Ausland**

Die Leistungen im Ausland werden nur ausgerichtet, falls ein Notfall oder eine Kostengutsprache des Versicherers besteht.

### **1.5. Vertrauensarzt**

Der Vertrauensarzt des Versicherers kann prophylaktische Massnahmen zur freiwilligen Übernahme ausserordentlicher Leistungen empfehlen.

### **1.6. Kommissionsbeschlüsse**

In Härtefällen kann die Verwaltungskommission zusätzliche Leistungen gewähren. Es besteht kein Rechtsanspruch auf solche Leistungen.

## **2. Ärztliche Behandlung**

### **2.1. Ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes**

Für Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes des Versicherten erfolgen, ist im Nachgang zu den Leistungen der Basis der am Behandlungsort gültige KVG-Tarif voll gedeckt.

## 2.2. Ärztliche Behandlungen im Ausland

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden im AZ die Kosten gemäss KVG-Tarif am Wohnort des Versicherten übernommen.

## 2.3. Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen des AZ nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

## 3. Prävention

### 3.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz bei privaten Reisen ins Ausland dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber Fr. 200.– pro Kalenderjahr pro Versicherten vergütet. Keine Leistungen werden erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist, oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

### 3.2. Check-up-Untersuchung

Der AZ übernimmt 90% der ausgewiesenen Kosten einer Kontrolluntersuchung, höchstens jedoch Fr. 300.– pro Kalenderjahr pro Versicherten, wenn die Leistungen nicht durch die Basis übernommen werden.

### 3.3. Mutterschaft

#### 3.3.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses inkl. Rückbildungsgymnastik bei einer qualifizierten Lehrerin werden 90% der Kosten, maximal Fr. 300.– pro Schwangerschaft entrichtet.

#### 3.3.2. Stillgeld

Der AZ zahlt Fr. 150.– Stillgeld pro Kind aus, wenn die versicherte Mutter ihr Kind oder ihre Kinder während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Stillgeldformular des Versicherers zu erbringen.

### 3.4. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

Der AZ übernimmt an die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Rückenschule, Fitnessturnen, etc.) 90%, höchstens jedoch Fr. 150.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

### 3.5. Unterbindung/Vasektomie

An die Kosten einer Unterbindung oder einer Vasektomie leistet der AZ einen Beitrag von Fr. 200.– pro Versicherten.

### 3.6. Weitere Präventivmassnahmen

Der AZ kann an weitere anerkannte Präventivmassnahmen Beiträge leisten.

## **4. Hilfsmittel**

### **4.1. Brillen und Kontaktlinsen**

An die Kosten von Brillengläsern oder Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur verordnet werden, werden maximal 50% der Kosten, höchstens jedoch Fr. 250.– pro Kalenderjahr pro Versicherten ausgerichtet, wenn die Leistungen nicht durch die Basis übernommen werden.

### **4.2. Übrige Hilfsmittel**

An die Miet- oder Kaufpreise von ärztlich verordneten Hilfsmitteln (z. B. Einlagen, Stützen, Inhalationsgeräte, etc.), an die aus der Basis keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation 50% der Kosten, höchstens jedoch Fr. 1000.– pro Kalenderjahr pro Versicherten vergütet werden. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

## **5. Zahnärztliche Behandlung**

### **5.1. Kontrolluntersuchungen ohne zahnärztliche Behandlungen**

Für Kontrolluntersuchungen und Zahnhygiene ohne zahnärztliche Behandlungen vergütet der AZ 70% der Kosten, höchstens jedoch Fr. 100.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

### **5.2. Zahnärztliche Behandlungen**

Für zahnärztliche Behandlungen vergütet der AZ 50% der Kosten, höchstens jedoch Fr. 150.– pro Kalenderjahr pro Versicherten, wenn die Leistungen nicht durch die Basis übernommen werden.

### **5.3. Kieferorthopädische Behandlungen**

Für kieferorthopädische Behandlungen vergütet der AZ 70% der Kosten, höchstens jedoch Fr. 3000.– pro Kalenderjahr pro Versicherten, sofern die Leistungen nicht durch die Basis übernommen werden.

### **5.4. Leistungen des Gemeinwesens**

Die Leistungen werden im Nachgang zu eventuellen Leistungen der Kantone und Gemeinden gemäss deren Gesetzgebung über die öffentliche Zahnpflege erbracht.

### **5.5. Leistungserbringer und Tarif**

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der oblig. Krankenversicherung geltenden Tarifs. Als Zahnarzt oder Zahnärztin gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

## **6. Alternativmedizin**

### **6.1. Akupunktur**

Der AZ übernimmt die aus der Basis nicht gedeckten Kosten einer Akupunkturbehandlung, die von einer Ärztin oder einem Arzt mit eidgenössischem Diplom durchgeführt wird.

## 6.2. Naturärztliche Behandlung

Der AZ übernimmt die ausgewiesenen Kosten für Behandlungen bei Naturärztinnen und Naturärzten mit kantonaler Bewilligung, höchstens jedoch Fr. 70.– pro Therapiestunde.

## 6.3. Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation übernimmt der AZ die Kosten erfahrungsmedizinischer, von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführter Methoden. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten fest.

## 6.4. Natürliche Heilmittel

Für die Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen übernimmt der AZ 50% der verordneten Kosten, soweit diese nicht aus der Basis gedeckt sind und nicht in der Negativliste des Versicherers enthalten sind. Diese Leistungen werden dem maximalen Leistungsbezug nicht angerechnet.

## 6.5. Natürliche Heilmethoden

Die ausgewiesenen Kosten der vom Versicherer anerkannten alternativen Therapiemethoden werden vom AZ übernommen, sofern sie von qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Die Therapieformen, die Anzahl Therapiestunden, die Beiträge und die Leistungslimiten legt der Versicherer fest. Als anerkannte Therapieformen gelten: Alexandertechnik, Qigong, Ayuverda, Heileurythmie, Fussreflexonenmassage, Elektro-Akupunktur nach Voll, Akupressur, Meridianmassage, Shiatsu, Feldenkraistherapie, Lymphdrainage, Rolfing, alt. Hydrotherapie, etc. An die Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Methoden, kann auf Empfehlung des Vertrauensarztes ein Beitrag vom AZ erbracht werden.

## 6.6. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland

Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland werden nur mit Kostengutsprache des Versicherers erbracht.

## 6.7. Maximaler Leistungsbezug

Leistungen im Bereich der Alternativmedizin (Punkt 6.1. – 6.6.) werden zu 90% vergütet, höchstens jedoch Fr. 3000.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

## 6.8. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an den Versicherer erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation des Therapeuten oder der Therapeutin. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

## **7. Nichtpflichtmedikamente**

Die Kosten für Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr mit 50%, höchstens jedoch Fr. 750.– pro Versicherten aus dem AZ übernommen. Für Medikamente der NL und für Medikamente über der Limite gemäss SL vergütet der AZ keine Leistungen.

## **8. Ambulante Badekuren**

An ärztlich verordnete ambulante Badekuren leistet der AZ einen Beitrag von 50% der Kosten für max. 12 Eintritte, höchstens jedoch Fr. 200.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

## **9. Psychotherapeutische Behandlung**

### 9.1. Leistungsumfang

Der AZ erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind, Leistungen von 50%, max. Fr. 60.– pro psychotherapeutische Behandlungsstunde, höchstens 25 Behandlungsstunden pro Kalenderjahr pro Versicherten.

### 9.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch den Vertrauensarzt des Versicherers erbracht.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung oder zu Lernzwecken erfolgen.

### 9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dem AZ nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen der Basis gelten.

## **10. Transportkosten, Fahrtspesen, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen**

### 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel, an die Kosten des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung und an die Kosten für Rettungs- und Bergungsaktionen leistet der AZ einen Beitrag von 90%, höchstens jedoch Fr. 15 000.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

## 10.2. Suchaktionen

An die Kosten für Suchaktionen leistet der AZ einen Beitrag von 90%, höchstens jedoch Fr. 20 000.– pro Kalenderjahr pro Versicherten.

## 11. Rooming-in

Der AZ leistet bis zu Fr. 50.– pro stationären Aufenthaltstag an die Kosten des gesunden Versicherten.

## 12. Keine Leistungspflicht

Der AZ vergütet ausdrücklich keine Leistungen für Pflegematerial, Windeln oder Betteinlagen.

## 13. Härtefälle

Aufgrund einer schriftlichen Anfrage kann die Verwaltungskommission des Versicherers bei Härtefällen zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis beschliessen. Nur finanzschwache Mitglieder haben die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis zu erhalten. Die Anfrage hat im Voraus zu erfolgen.

## 14. Schlussbestimmungen

### 14.1. Im Allgemeinen

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherte Honorarschuldner.

Beansprucht der Versicherte Leistungen des Versicherers, hat er ihm die detaillierten Originalrechnungen und Originalrezepte mit den erforderlichen Angaben innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungsstellung einzureichen. Die Behandlungszeit darf nicht älter als aus dem Vorjahr sein.

Der Versicherte kann dem Versicherer die Rechnungen vor der Bezahlung zur Prüfung vorlegen.

### 14.2. Anwendungsbereich dieser AVB

Enthalten diese AVB abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese dem AZ-AVB vor.

### 14.3. Inkraftsetzung

Diese AVB wurden vom zuständigen Organ beschliessen und treten am 01.01.1997 in Kraft und ersetzen damit alle entsprechenden früheren Reglemente und Bestimmungen.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

## Kombi Allgemein (KA)

### Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung
  - 1.1. Zweck
  - 1.2. Versicherungsabschluss
  - 1.3. Leistungsvoraussetzung
    - 1.3.1. Allgemeines
    - 1.3.2. Akutspital
    - 1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern
    - 1.3.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
  - 1.4. Unfalldeckung
  - 1.5. Versicherungsmöglichkeiten
    - 1.5.1. Leistungsstufe
    - 1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif
    - 1.5.3. Fehlende Kriterien, Maximaltarife
2. Stationäre Behandlung
  - 2.1. Akutbehandlung
    - 2.1.1. Leistungsvoraussetzung
    - 2.1.2. Leistungsumfang
    - 2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
    - 2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital
  - 2.2. Langzeitbehandlung - Definition
  - 2.3. Medizinische Rehabilitation
  - 2.4. Psychiatrische Kliniken
  - 2.5. Leistungen im Ausland
    - 2.5.1. Bei Notfällen
    - 2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland
3. Kuren
  - 3.1. Rehabilitationskuren
  - 3.2. Badekuren
  - 3.3. Andere Kuren
  - 3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt
4. Besondere Leistungen
  - 4.1. Spitex
    - 4.1.1. Grundsatz
    - 4.1.2. Leistungsumfang
    - 4.1.3. Leistungserbringer
  - 4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 4.3. Teilstationäre Behandlung

- 5. Mutterschaft
  - 5.1. Kosten der stationären Behandlung
  - 5.2. Haushaltshilfe nach Geburt
    - 5.2.1. Geburt im Spital
    - 5.2.2. Hausgeburt
  - 5.3. Ordentliche Spitexleistungen
  - 5.4. Rooming-in
  - 5.5. Stillgeld
- 6. Leistungen bei Unfall
  - 6.1. Heilungskosten
  - 6.2. Hilfsmittel
- 7. Schlussbestimmungen
  - 7.1. Im Allgemeinen
  - 7.2. Anwendungsbereich dieser AVB
  - 7.3. Inkraftsetzung

## 1. Grundlagen der Versicherung

### 1.1. Zweck

Die Kombi Allgemein (Im folgenden KA) bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Sie erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, spitalexterne Haushalthilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die Leistungen der KA werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (Im folgenden Basis) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die Basis oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld- und /oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen gehen den Leistungen der KA vor.

### 1.2. Versicherungsabschluss

Die KA kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

### 1.3. Leistungsvoraussetzung

#### 1.3.1. Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Personen durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

#### 1.3.2. Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügt, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern. Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

#### 1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffer 2.1.4. versichert.

#### 1.3.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Lehnt der Wohnkanton entgegen Art. 41/3 KVG die Übernahme der Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation ab, so werden die Leistungen so erbracht, wie wenn der Kanton die ausserkantonalen Mehrkosten im Rahmen eines Aufenthalts auf der allgemeinen Abteilung übernehme.

### 1.4. Unfalldeckung

Die KA übernimmt die Unfallheilungskosten in Ergänzung zu den Leistungen der Basis. Ausgenommen sind die Tagesbeiträge für Alleinstehende in der Heilanstalt.

## 1.5. Versicherungsmöglichkeiten

### 1.5.1. Leistungsstufe

Die Leistungsstufe ist die allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

### 1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Spitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherte Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat, oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Der Versicherte führt eine Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden darf.

### 1.5.3. Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine allgemeine Abteilung, so wird dieses versicherungsmassig als Privatspital behandelt.

## 2. Stationäre Behandlung

### 2.1. Akutbehandlung

#### 2.1.1. Leistungsvoraussetzung

Die KA erbringt Leistungen bei stationären Behandlungen, soweit und solange der Versicherte spitalbedurftig im Sinne der Basis ist.

#### 2.1.2. Leistungsumfang

Die KA übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Basis die Kosten bei Spitalaufenthalten für die allgemeine Abteilung.

Nicht versichert ist die in der Basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen bei Unfall-Behandlung.

#### 2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der allgemeinen Abteilung, so vergütet die KA höchstens Fr. 30.– pro Tag.

#### 2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so vergütet die KA höchstens Fr. 30.– pro Tag.

### 2.2. Langzeitbehandlung – Definition

Zustände dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege oder Isolierung, nicht aber ständiges ärztliches Pikett erfordern, gelten als chronische Krankheit.

### 2.3. Medizinische Rehabilitation

Erfolgt die Behandlung in einem von dem Versicherer als Spital anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt die KA für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

### 2.4. Psychiatrische Kliniken

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die KA die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen.

Dauert die Behandlung länger als 90 Tage, übernimmt die KA bis zum 180. Tag bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung eine Tagespauschale von Fr. 20.–.

Diese Leistungen werden innert drei Kalenderjahren einmal erbracht.

### 2.5. Leistungen im Ausland

#### 2.5.1. Bei Notfällen

Die KA übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Basis die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der allgemeinen Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr.

#### 2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland

Bei Wahlbehandlung im Ausland werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nicht-Listenspital erbracht.

## 3. Kuren

### 3.1. Rehabilitationskuren

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten inländischen Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Rehabilitationskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet die KA während maximal 21 Tagen pro Fall und Kalenderjahr eine Tagespauschale von Fr. 120.–.

### 3.2. Badekuren

Werden gemäss den Bestimmungen der Basis Beiträge an Badekuren ausgerichtet, erbringt die KA während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr eine Tagespauschale von Fr. 10.–.

Es kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangt werden.

### 3.3. Andere Kuren

Auf Antrag des Vertrauensarztes des Versicherten kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden, auch wenn kein Leistungsanspruch aus der Basis besteht.

### 3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherten zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur können Teilkurkosten nur übernommen werden, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

## 4. Besondere Leistungen

### 4.1. Spitex

#### 4.1.1. Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet die KA auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen (Spitex) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

#### 4.1.2. Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt die KA einen Tagesbeitrag von Fr. 10.– während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und dem Versicherten fehlt.

Ist der Versicherte für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, sind die doppelten Beiträge versichert.

#### 4.1.3. Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherten vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung des Versicherten besorgt.

Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden oder Fahrtspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen Spitex-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Basis erfolgt.

### 4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten medizinischer Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel, an die Kosten des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung und an die Kosten für Rettungs- und Bergungsaktionen werden höchstens Fr. 5000.– pro Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag aus der KA geleistet.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

#### 4.3. Teilstationäre Behandlung

Kann eine in der Regel stationär durchgeführte Operation teilstationär erfolgen, übernimmt die KA auf Antrag die den Kassentarif der Basis übersteigenden Kosten. Die Gesamtkosten müssen für den Versicherten im Vergleich zur stationären Behandlung tiefer liegen.

### 5. Mutterschaft

#### 5.1. Kosten der stationären Behandlung

Die KA deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital gemäss allgemeiner Abteilung.

Die Kosten für das Neugeborene, die nicht in der Basis gedeckt sind, werden nur übernommen, wenn für das Neugeborene beim Versicherten eine Basis und eine KA abgeschlossen wurden.

#### 5.2. Haushaltshilfe nach Geburt

##### 5.2.1. Grundsatz

Die KA entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch von dem Versicherten anerkanntes Personal. Die Leistungen werden während 14 Tagen erbracht.

Sie werden anstelle der ordentlichen Spitex-Leistungen der KA ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese ausgerichtet, wenn die Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

##### 5.2.2. Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital übernimmt die KA eine Tagespauschale von Fr. 20.–.

##### 5.2.3. Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt übernimmt die KA eine Tagespauschale von Fr. 30.–.

#### 5.3. Rooming-in

Muss ein Kleinkind stationär behandelt werden, vergütet die KA aus der Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50% der Kosten, maximal Fr. 50.– pro Tag.

Muss die Mutter stationär behandelt werden, vergütet die KA aus der Versicherung der Mutter an den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes im Zimmer der Mutter 50% der Kosten, maximal Fr. 50.– pro Tag.

#### 5.4. Stillgeld

Die KA zahlt Fr. 150.– Stillgeld pro Kind, wenn die versicherte Mutter ihr Kind oder ihre Kinder während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Stillgeldformular des Versicherers zu erbringen.

### **6. Leistungen bei Unfall**

#### 6.1. Heilungskosten

Die KA übernimmt die Heilungskosten in Ergänzung zu den Leistungen der Basis.

#### 6.2. Hilfsmittel

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der oblig. Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

### **7. Schlussbestimmungen**

#### 7.1. Im Allgemeinen

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherer Honorarschuldner.

#### 7.2. Anwendungsbereich dieser AVB

Enthalten die AVB abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese dem KA-AVB vor.

#### 7.3. Inkraftsetzung

Diese AVB wurden vom zuständigen Organ beschlossen und treten am 01.01.1997 in Kraft und ersetzen damit alle entsprechenden früheren Reglemente und Bestimmungen.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen Spitaltaggeld (STG)

## Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung
  - 1.1. Zweck
  - 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen und Versicherungsvertragsgesetz
  - 1.3. Versicherungsabschluss
  - 1.4. Leistungsvoraussetzung
    - 1.4.1. Allgemeines
    - 1.4.2. Akutspital
  - 1.5. Unfall-Deckung
  - 1.6. Versicherungsvarianten
2. Stationäre Behandlungen
  - 2.1. Akutbehandlung
    - 2.1.1. Leistungsvoraussetzung
    - 2.1.2. Leistungsumfang
  - 2.2. Langzeitbehandlung
    - 2.2.1. Definition
    - 2.2.2. Leistungsumfang
  - 2.3. Medizinische Rehabilitation
  - 2.4. Psychiatrische Kliniken
  - 2.5. Leistungen im Ausland
3. Kuren
  - 3.1. Rehabilitationskuren
  - 3.2. Badekuren
  - 3.3. Andere Kuren
  - 3.4. Vorgehen bei Kuren
4. Spitex
  - 4.1. Leistungsvoraussetzung
  - 4.2. Leistungsumfang
  - 4.3. Leistungserbringer
  - 4.4. Leistungen bei Mutterschaft
5. Schlussbestimmungen
  - 5.1. Anwendungsbereich dieser AVB
  - 5.2. Inkraftsetzung

## 1. Grundlagen der Versicherung

### 1.1. Zweck

Das Spitaltaggeld (Im folgenden STG) bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Aufenthalt, Verpflegung und Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Es erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, an spitalexterne Haushilfen (Spitex), an Langzeitbehandlung sowie an zusätzliche Kosten, die wegen eines Akutspitalaufenthaltes zu Hause entstehen.

Die Leistungen des STG werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der oblig. Krankenpflegeversicherung nach KVG (Im folgenden Basis) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch diese Versicherung oder eine andere oblig. Versicherung abgedeckt ist. Fehlt diese Versicherung, werden die Leistungen so bemessen, wie wenn sie bestehen würde.

### 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen und Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Bestimmungen für das STG keine abweichenden Regelungen bestehen, gelten die gemeinsamen Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB). Im weiteren gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 02.04.1908.

### 1.3. Versicherungsabschluss

Das STG kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

#### 1.4.1. Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Leistungserbringern durchgeführt wird, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

#### 1.4.2. Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern. Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

### 1.5. Unfall-Deckung

Im STG sind Unfälle mitversichert.

### 1.6. Versicherungsvarianten

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen dem Versicherten und dem Versicherer vereinbart. Das versicherbare Spitaltaggeld beträgt mindestens Fr. 10.– und maximal Fr. 300.–.

## **2. Stationäre Behandlung**

### **2.1. Akutbehandlung**

#### **2.1.1. Leistungsvoraussetzung**

Das STG erbringt Leistungen bei stationären Behandlungen, soweit und solange der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Basis ist.

#### **2.1.2. Leistungsumfang**

Bei Akutbehandlungen wird das volle versicherte Spitalgeld während 720 Tagen ausbezahlt.

### **2.2. Langzeitbehandlung**

#### **2.2.1. Definition**

Zustände dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege oder Isolierung, nicht aber ständiges ärztliches Pikett erfordern, gelten als chronische Krankheit.

#### **2.2.2. Leistungsumfang**

Bei Langzeitbehandlung wird die Hälfte des versicherten Spitalgeldes – im Maximum jedoch Fr. 40.– pro Tag – während 180 Tagen ausbezahlt. Allfällige Behandlungstage von Akutbehandlungen inklusive medizinische Rehabilitation und Behandlungen in psychiatrischen Kliniken werden an die Leistungsdauer angerechnet.

### **2.3. Medizinische Rehabilitation**

Erfolgt die Behandlung in einem vom Versicherer als Spital anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, erbringt das STG die ersten 60 Tage die gesamten versicherten Leistungen gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Ab dem 61. Tag werden Leistungen im Umfang der Langzeitbehandlung entrichtet.

### **2.4. Psychiatrische Kliniken**

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt das STG die Hälfte des versicherten Spitalgeldes – im Maximum jedoch Fr. 40.– pro Tag – während 180 Tagen.

### **2.5. Leistungen im Ausland**

Das STG übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Basis die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes maximal das versicherte Spitaltaggeld. Die Leistungen werden solange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr.

Bei einer stationären Behandlung ist beim Versicherer spätestens innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

### **3. Kuren**

#### **3.1. Rehabilitationskuren**

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten inländischen Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Rehabilitationskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet das STG die Hälfte des versicherten Spitalgeldes, maximal Fr. 60.– während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr.

#### **3.2. Badekuren**

Werden gemäss den Bestimmungen der Basis Beiträge an stationäre Badekuren ausgerichtet, erbringt das STG die Hälfte des versicherten Spitalgeldes, maximal Fr. 30.00 pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr.

Es kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangt werden.

#### **3.3. Andere Kuren**

Auf Antrag des Vertrauensarztes des Versicherers kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden.

#### **3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt**

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer mindestens zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur können Teilkurkosten nur übernommen werden, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

### **4. Spitex**

#### **4.1. Leistungsvoraussetzung**

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet das STG auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen (Spitex) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

#### **4.2. Leistungsumfang**

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen wird die Hälfte des versicherten Spitaltaggeldes, maximal Fr. 30.– pro Tag während maximal 20 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und dem Versicherer fehlt, und sich die Tarife im üblichen Rahmen bewegen.

#### 4.3. Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung des Versicherten besorgt.

Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden oder Fahrtspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen Spitex-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Basis erfolgt.

#### 4.4. Leistungen bei Mutterschaft

Spitexleistungen bei Mutterschaft werden nur bei Hausgeburten und ambulanten Geburten ausgerichtet.

Dabei wird die Hälfte des versicherten Spitaltaggeldes bis maximal Fr. 30.– während höchstens 14 Tagen vergütet.

### **5. Schlussbestimmungen**

#### 5.1. Anwendungsbereich

Enthalten diese AVB abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese dem STG-AVB vor.

#### 5.2. Inkraftsetzung

Diese AVB wurden vom zuständigen Organ beschlossen und treten am 01.01.1997 in Kraft und ersetzen damit alle entsprechenden früheren Reglemente und Bestimmungen.



