

# Krankenzusatzversicherungen nach VVG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)  
Ausgabe 01.2010

## Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Allgemeines</b>				
1	Einleitung	2			
2	Vertragsgrundlagen	2			
3	Versicherer und versicherte Person	2			
4	Gegenstand der Versicherungen	2			
5	Örtlicher Geltungsbereich	2			
<b>II</b>	<b>Begriffsbestimmungen</b>				
6	Auslegung der Begriffe	2			
7	Krankheit und Mutterschaft	2			
8	Unfall	2			
9	Leistungserbringer	2			
10	Versicherungsfall	2			
<b>III</b>	<b>Beginn und Ende der Versicherungen</b>				
11	Aufnahmebedingungen	2			
12	Beginn und Dauer der Versicherungen	3			
13	Ende der Versicherungen	3			
14	Sistierung der Versicherungen	3			
15	Kündigung durch die versicherte Person	3			
16	Kündigungsverzicht durch den Versicherer	3			
<b>IV</b>	<b>Prämien und Kostenbeteiligungen</b>				
17	Prämie, Prämientarife und Kostenbeteiligungen	3			
18	Anpassung des Prämientarifs, der Kostenbeteiligung und der Altersgruppe	3			
19	Rabatte und Boni	4			
20	Fälligkeit und Prämienzahlung	4			
21	Mahnung und Zahlungsverzug	4			
22	Rückerstattung der Prämien	4			
23	Rückzahlung von Kostenbeteiligungen	4			
<b>V</b>	<b>Pflichten der versicherten Person</b>				
24	Allgemeine Pflichten während der Versicherungsdauer	4			
25	Pflichten im Versicherungsfall	4			
26	Verletzung der Pflichten	5			
<b>VI</b>	<b>Umfang des Versicherungsschutzes</b>				
27	Anspruch und Umfang der Leistungen	5			
28	Nicht versicherte Leistungen	5			
29	Leistungskürzungen	6			
30	Anrechnung von Leistungen bei Ersatzpolice	6			
31	Subsidiarität und Leistungen Dritter	6			
32	Vorleistung	6			
<b>VII</b>	<b>Verschiedenes</b>				
33	Zahlungspflicht	6			
34	Auszahlungen des Versicherers	6			
35	Honorarvereinbarungen und Tarife	6			
36	Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung	6			
37	Versichertenkarte	6			
38	Mitteilungen und Adressänderung	6			
39	Datenschutz	6			
40	Anpassung der Versicherungsbedingungen	7			
41	Listen des Versicherers	7			
42	Erfüllungsort und Gerichtsstand	7			
<b>Anhang</b>					
43	Familienrabatt	7			

## **I Allgemeines**

---

### **1 Einleitung**

- 1.1 Die im nachfolgenden Text gewählte männliche Form gilt analog für weibliche Personen.
- 1.2 Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für Krankenzusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).
- 1.3 Jeder Vertrag über eine Krankenzusatzversicherung gilt als separater Vertrag.

### **2 Vertragsgrundlagen**

- 2.1 Grundlagen des jeweiligen Versicherungsvertrags bilden alle schriftlichen Erklärungen, welche der Versicherungsnehmer (Antragsteller) und/oder die versicherte Person (resp. die zu versichernde Person) oder deren Vertreter sowie der Versicherer im Versicherungsantrag, in ärztlichen Berichten oder in weiteren Schriftstücken abgeben.
- 2.2 Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Versicherungspolice, in den vorliegenden AVB, in den Zusatzbedingungen (ZB) sowie in allfälligen übrigen Vereinbarungen geregelt.
- 2.3 Die ZB regeln das Versicherungsverhältnis näher und ergänzend zu den vorliegenden AVB. Abweichende Bestimmungen in den ZB gehen den vorliegenden AVB vor.
- 2.4 Allfällige besondere Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien verpflichten den Versicherer nur, wenn sie von ihm schriftlich bestätigt wurden. Solche Vereinbarungen gehen den vorliegenden AVB und den betreffenden ZB vor, falls sie davon abweichende Regelungen enthalten.
- 2.5 Soweit in den vorliegenden AVB, in den ZB oder in allfälligen besonderen Vereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des VVG.

### **3 Versicherer und versicherte Person**

- 3.1 Die CSS Versicherung AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern (nachfolgend «Versicherer» genannt) ist Trägerin der Versicherungen nach diesen AVB.
- 3.2 Als versicherte Person gilt die in der Versicherungspolice aufgeführte Person. Versicherungsnehmer ist diejenige Vertragspartei, die durch den Abschluss des Versicherungsvertrages für sich selbst und/oder für andere Personen Versicherungsschutz erhält. Wo in diesen AVB und den zugehörigen ZB von der versicherten Person die Rede ist, ist sinngemäss auch der Versicherungsnehmer damit gemeint.

### **4 Gegenstand der Versicherungen**

- 4.1 Versicherbar sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall in Ergänzung zu anderen Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG).
- 4.2 Einzelheiten zu den verschiedenen Krankenzusatzversicherungen sind in den jeweiligen ZB geregelt.

### **5 Örtlicher Geltungsbereich**

Soweit in den ZB oder in den vorliegenden AVB nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Versicherungen für Behandlungen, die in der Schweiz stattfinden.

## **II Begriffsbestimmungen**

---

### **6 Auslegung der Begriffe**

Die Auslegung der in den vorliegenden AVB und in den ZB beschriebenen und verwendeten Begriffe der Krankheit, der Mutterschaft und des Unfalls (vgl. Ziffern 7 und 8), der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (vgl. Ziffer 27.1) sowie des Wohnsitzes (vgl. Ziffern 13 lit. d oder 38.3) beurteilt sich analog den geltenden Bestimmungen und Kriterien im Sozialversicherungsrecht.

### **7 Krankheit und Mutterschaft**

- 7.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 7.2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter. Bei Mutterschaft erbringt der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei Krankheit, sofern die Mutter am Tag der Niederkunft während mindestens 365 Tagen beim Versicherer für Krankheit sowie Mutterschaft entsprechend Zusatzversichert gewesen ist.

### **8 Unfall**

- 8.1 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
- 8.2 Unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten sind den Unfällen gleichgestellt. Massgebend sind die Bestimmungen des UVG.

### **9 Leistungserbringer**

Als Leistungserbringer gelten diejenigen Personen, Anstalten und Institutionen, die gemäss KVG und vom Versicherer als solche anerkannt sind und die aufgestellten Voraussetzungen erfüllen.

### **10 Versicherungsfall**

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn sich der Tatbestand erfüllt, der eine vom Versicherer anerkannte Leistungspflicht bzw. einen vom Versicherer anerkannten Leistungsanspruch der versicherten Person entstehen lässt.

## **III Beginn und Ende der Versicherungen**

---

### **11 Aufnahmebedingungen**

- 11.1 Zur Aufnahme in die jeweilige Versicherung oder bei Versicherungsänderungen ist das dafür vorgesehene Versicherungsantragsformular vom Versicherungsnehmer und/oder von der zu versichernden Person oder deren Vertreter wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen, zu unterzeichnen und dem Versicherer zuzustellen.
- 11.2 Mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrags wird der Versicherer ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber dem Versicherer von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

- 11.3 Der Aufnahmeentscheid des Versicherers kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.
- 11.4 Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen, abzulehnen sowie Vorbehalte oder Ausschlüsse anzubringen.
- 11.5 Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der jeweiligen Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, insbesondere im Zeitpunkt des Versicherungsantrags bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, dem Versicherer unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den jeweiligen Vertrag innert vier Wochen, nachdem sie von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen (Art. 6 Abs. 1 und 2 VVG).

## 12 Beginn und Dauer der Versicherungen

- 12.1 Der jeweilige Versicherungsvertrag tritt an dem in der Versicherungspolice bezeichneten Datum in Kraft. Die in den vorliegenden AVB und in den ZB vorgesehenen Wartefristen und Karenzzeiten bleiben vorbehalten.
- 12.2 Die Dauer des jeweiligen Vertrags bestimmt sich nach der Versicherungspolice. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils stillschweigend um ein Jahr.

## 13 Ende der Versicherungen

Die jeweiligen Versicherungen erlöschen:

- mit deren Kündigung durch die versicherte Person nach Ablauf der Kündigungsfrist;
- durch den Rücktritt der versicherten Person (vgl. Ziffer 15.3) oder des Versicherers (vgl. Ziffer 21.3);
- im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland; oder
- bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der versicherten Person von mehr als einem Jahr auf Ende des Kalenderjahres, in welchem der Auslandsaufenthalt angetreten wird, falls die Versicherungen nicht sistiert wurden resp. das Gesuch um Sistierung abgelehnt wurde (vgl. Ziffer 14);
- mit dem Tod der versicherten Person.

## 14 Sistierung der Versicherungen

Die versicherte Person kann vor dem Antritt eines mindestens halbjährigen Auslandsaufenthalts auf schriftliches Gesuch hin und gegen eine Prämienreduktion die Versicherungen sistieren lassen. Sistierungsgesuche können durch den Versicherer ohne jegliche Begründung abgelehnt werden. Weitere Voraussetzungen und Modalitäten werden einseitig vom Versicherer festgelegt.

## 15 Kündigung durch die versicherte Person

- 15.1 Die versicherte Person muss jeden Versicherungsvertrag (vgl. Ziffer 1.3) einzeln kündigen. Sie kann die jeweilige Versicherung nach Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist mit Wirkung auf Ende des Kalenderjahres kündigen.
- 15.2 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag während den üblichen Bürozeiten vor Beginn der Kündigungsfrist beim Versicherer eingegangen ist.
- 15.3 Im Versicherungsfall kann die versicherte Person spätestens innert 14 Tagen, nachdem sie von der letzten Auszahlung des Versicherers Kenntnis erhalten hat, den Vertrag kündigen (Art. 42 VVG). Hat die versicherte Person ihre Kündigung erklärt, so erlischt die Versicherungsdeckung innert 14 Tagen seit Eintreffen der Kündigung beim Versicherer. Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die

Prämie für das laufende Kalenderjahr gewahrt, falls die versicherte Person den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.

- 15.4 Im Falle einer Verletzung der Informationspflicht des Versicherers nach Art. 3 VVG steht der versicherten Person ein Kündigungsrecht innerhalb von vier Wochen nach Kenntniserlangung, spätestens jedoch ein Jahr nach der Pflichtverletzung, zu.

## 16 Kündigungsverzicht durch den Versicherer

- 16.1 Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf seine Kündigungsrecht bei Vertragsablauf.
- 16.2 Der Versicherer verzichtet überdies auf das ihm im Versicherungsfall gesetzlich zustehende Kündigungsrecht.
- 16.3 Der Verzicht gilt nicht bei Anzeigepflichtverletzungen (vgl. Ziffer 11.5), bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch sowie im Zahlungsverzugsfall (vgl. Ziffer 21.3).

## IV Prämien und Kostenbeteiligungen

### 17 Prämie, Prämientarife und Kostenbeteiligungen

- 17.1 Die Prämie ist auf der jeweils für das aktuelle Kalenderjahr gültigen Versicherungspolice aufgeführt.
- 17.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach prämierelevanten Tatsachen vorsehen, beispielsweise nach Alter, Geschlecht, vor Vertragsabschluss deklarierbarem Gesundheitszustand oder Wohnsitz der versicherten Person. Werden die versicherten Personen in Altersgruppen eingeteilt, so umfassen diese verschiedene Altersjahre und werden jeweils dem Alter der versicherten Person entsprechend angepasst. Ändert eine prämierelevante Tatsache, so ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich mitzuteilen.
- 17.3 Die Kostenbeteiligungen werden in den ZB geregelt.

### 18 Anpassung des Prämientarifs, der Kostenbeteiligung und der Altersgruppe

- 18.1 Der Versicherer kann den Prämientarif und die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise und Selbstbehalt) auf Grund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs, wegen Anpassung des Deckungsumfanges sowie gesetzlichen Änderungen anpassen.
- 18.2 Der Versicherer gibt Änderungen der Prämientarife und Kostenbeteiligungsregelungen sowie eine Prämienänderung infolge Wechsels in eine andere Altersgruppe der versicherten Person spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt.
- 18.3 Ist die versicherte Person mit diesen (Ziffer 18.2) Änderungen nicht einverstanden, kann der jeweils betroffene Vertrag mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres während den üblichen Bürozeiten beim Versicherer eingegangen ist.
- 18.4 Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der jeweiligen Versicherung.
- 18.5 Bewirkt eine Adressänderung die Prämienänderung, passt der Versicherer die Prämien auf den Zeitpunkt der Adressänderung an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.
- 18.6 Der Versicherer kann Rabatte und Boni gewähren. Wird aufgrund der vertraglich festgelegten Kriterien kein Bonus ausbezahlt resp. kein Rabatt vergütet, so berechtigt dieser Umstand nicht zur Kündigung der abgeschlossenen Versicherung.

## 19 Rabatte und Boni

19.1 Die CSS kann Rabatte und Boni gewähren. Der Verlust der Rabatte aufgrund der Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen berechtigt nicht zur Kündigung der abgeschlossenen Versicherung. Das Gleiche gilt, wenn aufgrund der vertraglich festgelegten Kriterien kein Bonus ausbezahlt wird. Die Kürzung der Rabatte bzw. Boni zufolge Tarifanpassung durch die CSS und/oder die Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. einen Bonus durch die CSS lösen ein Kündigungsrecht aus.

19.2 Die CSS gewährt Kindern und Jugendlichen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Altersjahr vollendet, einen Familienrabatt.

Details zum Familienrabatt regelt die CSS in einem Anhang zu den AVB. Die CSS kann den Anhang zu den AVB einseitig abändern. Änderungen erfolgen jeweils per Beginn eines Kalenderjahres.

Die Rabatthöhe ist abhängig von der Versicherungsdeckung der Rabattperson (erziehungsberechtigte Person) und des Kindes resp. des Jugendlichen. Sie ergibt sich aus der Police.

Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 20. Altersjahres unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- Das Kind verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG, Sanagate AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.
- Eine erwachsene erziehungsberechtigte Person (Rabattperson) lebt im selben Haushalt.
- Die Rabattperson verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG, Sanagate AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.

19.3 Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel Ambulantversicherung Optima mit mehreren Rabatten:

Bruttoprämie	CHF	7.80
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF	0.80
Nettoprämie I	CHF	7.00
– Rabatt II (fiktiv) 20%	CHF	1.40
<b>Nettoprämie II</b>	<b>CHF</b>	<b>5.60</b>

**(effektiv zu bezahlende Prämie)**

19.4 Die CSS gibt Änderungen der Rabatte und Boni sowie der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. Bonus spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit diesen Änderungen nicht einverstanden, kann die jeweils betroffene Versicherung mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres während den üblichen Bürozeiten bei der CSS eingegangen ist.

## 20 Fälligkeit und Prämienzahlung

20.1 Die Prämien sind monatlich im Voraus zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung hin auch zweimonatlich, viertel-, halb- oder jährlich bezahlt werden.

20.2 Führt die versicherte Person mehrere Versicherungen, muss sie für alle Versicherungen einen einheitlichen Zahlungsmodus im Sinne von Ziffer 20.1 wählen.

20.3 Die Prämien werden für den vollen Monat geschuldet, auch wenn der Vertrag im Verlauf eines Monats beginnt oder erlöscht.

## 21 Mahnung und Zahlungsverzug

21.1 Wird die Prämie nicht innert der auf der Rechnung aufgeführten Frist bezahlt, wird die versicherte Person unter

Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert einer Nachfrist von 14 Tagen gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen.

Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

21.2 Nach Ablauf der Mahnfrist hat die versicherte Person einen gesetzlichen Verzugszins zu entrichten.

Die Kosten der Mahnung werden von der versicherten Person getragen.

21.3 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, tritt der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurück.

21.4 Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während des Ruhens der Leistungspflicht ereignen, auch nach Bezahlung der rückständigen Prämie nicht leistungspflichtig.

## 22 Rückerstattung der Prämien

22.1 Werden die Versicherungen aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Dauer aufgehoben, so erstattet der Versicherer die vorausbezahlte Prämie für den nicht beanspruchten Teil des Kalenderjahrs anteilmässig zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällige Raten nicht mehr ein.

22.2 Diese Regelung gilt nicht, wenn die versicherte Person den Versicherungsvertrag im Sinne von Art. 42 Abs. 3 VVG während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt (vgl. Ziffer 15.3).

## 23 Rückzahlung von Kostenbeteiligungen

23.1 Im Falle von Direktzahlungen des Versicherers an die Leistungserbringer ist die versicherte Person verpflichtet, vereinbarte Franchisen und Selbstbehalte innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.

23.2 Kommt die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, so gilt Ziffer 21 sinngemäss.

## V Pflichten der versicherten Person

### 24 Allgemeine Pflichten während der Versicherungsdauer

24.1 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, so hat die versicherte Person unverzüglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten und alles zu unterlassen, was ihre Genesung gefährden oder verzögern könnte (Schadenminderungspflicht).

24.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Auskünfte und Unterlagen, insbesondere ärztliche Zeugnisse, einzuholen. Die versicherte Person hat dem Versicherer vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall bezieht, und entbindet die Leistungserbringer, die sie behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht und vom Berufsgeheimnis gegenüber dem Versicherer.

### 25 Pflichten im Versicherungsfall

25.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer im Versicherungsfall alle zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte, Unterlagen und Belege (insbe-

sondere Originalrechnungen und ärztliche Zeugnisse) unverzüglich vorzulegen, damit der Versicherer seine vertragliche Leistungspflicht prüfen kann. Dies gilt auch im Falle einer Auslandbehandlung. Der Versicherer kann auf Kosten der versicherten Person eine beglaubigte Übersetzung in eine schweizerische Amtssprache verlangen.

- 25.2 Die versicherte Person gewährt dem Versicherer das Recht, sich bei der Prüfung seiner vertraglichen Leistungspflicht durch seine Gesellschafts- und Vertrauensärzte beraten zu lassen. Diese sind berechtigt, sämtliche für die Prüfung der Leistungspflicht relevanten Unterlagen der versicherten Person einzusehen.
- 25.3 Die versicherte Person ist auf Anordnung des Versicherers verpflichtet, sich einer Untersuchung durch beauftragte Ärzte des Versicherers zu unterziehen. Die mit dieser Untersuchung zusammenhängenden Kosten werden durch den Versicherer übernommen.
- 25.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über sämtliche Leistungen Dritter (z.B. anderer Versicherer) unverzüglich zu informieren.
- 25.5 Rechnungen aus dem Ausland werden gemäss offiziellem Notenkurs (Verkauf) per Rechnungsdatum in schweizerischer Währung an eine Zahlungsadresse in der Schweiz bezahlt.
- 25.6 Bei falschen oder gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbetrug oder versuchtem Betrug werden keine Leistungen entrichtet. In diesen Fällen muss die versicherte Person für die Kosten aufkommen, die für die Rechnungskontrolle durch den Versicherer oder deren Beauftragte sowie durch die Bearbeitung des Dossiers anfallen.
- 25.7 Antritte zu stationären Behandlungen bei anerkannten Leistungserbringern gemäss Ziffer 9 (z.B. Spitaleintritte) sind dem Versicherer oder der Notrufzentrale des Versicherers grundsätzlich unverzüglich, spätestens aber innert fünf Tagen seit dem Antritt, zu melden.
- 25.8 Eine Kostengutsprache durch den Versicherer oder die Notrufzentrale des Versicherers ist vor stationärem Behandlungsbeginn notwendig, falls dies in den ZB ausdrücklich erwähnt wird.

## 26 Verletzung der Pflichten

- 26.1 Werden die vertraglichen Pflichten durch die versicherte Person verletzt, kann der Versicherer die Leistungen verweigern oder nach seinem Ermessen festlegen. Diesfalls im Zusammenhang mit den Abklärungen angefallene Kosten müssen von der versicherten Person bezahlt werden.
- 26.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Pflichten den Umständen nach als unverschuldet im Sinne von Art. 45 VVG anzusehen ist.

## VI Umfang des Versicherungsschutzes

### 27 Anspruch und Umfang der Leistungen

- 27.1 Leistungen des Versicherers werden für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen, Medikamente und Hilfsmittel ausgerichtet, wenn diese von einem anerkannten Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 erbracht werden. Näheres zum Leistungsanspruch wird in den ZB geregelt.
- 27.2 Die Leistungspflicht des Versicherers erlischt mit Vertragsende vollständig. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle, wobei in jedem Fall das Behandlungsdatum massgebend ist.
- 27.3 Der Leistungsumfang im Versicherungsfall ist abschliessend in den ZB geregelt.

### 28 Nicht versicherte Leistungen

- 28.1 Folgende Leistungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen) sind von den Versicherungen ausgeschlossen, wenn in den ZB nichts Abweichendes geregelt wird:
- a) gesetzliche Leistungen, insbesondere Leistungen gemäss KVG und UVG;
  - b) Leistungen für Aufenthalte in bzw. bei Leistungserbringern gemäss Ziffer 9, welche nicht oder nicht mehr der wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes dienen (z.B. Langzeitpflege von chronisch kranken Personen);
  - c) Kosten für die Behandlung, Pflege oder Geburt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zweck ins Ausland begeben hat; Leistungen im Ausland erbringt der Versicherer nur und solange der versicherten Person keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist;
  - d) Krankheits- und Unfallfolgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben oder für die ein Vorbehalt oder ein Ausschluss besteht (vgl. Ziffer 11.4);
  - e) Leistungen für körperlichen Entzug sowie Entwöhnungskuren;
  - f) Leistungen für kosmetische Behandlungen;
  - g) Leistungen für künstliche Befruchtungen und Sterilitätsbehandlungen;
  - h) Leistungen für Geschlechtsumwandlungen;
  - i) Leistungen für Transplantationen;
  - j) Leistungen für Zellulärtherapie;
  - k) Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
  - l) Leistungen für Behandlungen, bei denen nicht krankheitsbedingte oder unfallbedingte Behandlungen im Vordergrund stehen, sondern die einen sozialen Hintergrund haben (z.B. Eheberatung, Beratungen zur Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung oder Persönlichkeitsreifeung);
  - m) Leistungen, die gemäss KVG von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind.
- 28.2 Ebenfalls keine Leistungen werden erbracht für Krankheiten und Unfälle (inkl. Komplikationen und Spätfolgen) in Zusammenhang mit:
- a) Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie der Verwendung atomarer und radioaktiver Stoffe zu militärischen Zwecken in der Schweiz und im Ausland in Kriegs- und Friedenszeiten;
  - b) Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
  - c) Epidemien und Pandemien;
  - d) Erdbeben oder sonstigen heftigen Erderschütterungen;
  - e) Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
  - f) Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen;
  - g) vorsätzlicher oder fahrlässiger Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person;
  - h) versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung;
  - i) Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
  - j) Antritt eines ausländischen Militärdiensteinsatzes;
  - k) Beteiligung an Raufereien, Schlägereien, Schiessereien und vergleichbaren Ereignissen, es sei denn, die versicherte Person sei als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
  - l) Eingehen von aussergewöhnlichen Gefahren (Art. 49 UVV) und Wagnissen (Art. 50 UVV) durch die versicherte Person; für die Beurteilung von aussergewöhnlichen Gefahren resp. Wagnissen sind die gesetzlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung in der sozialen Unfallversicherung anwendbar.

- 29 Leistungskürzungen**
- 29.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag, falls ein solcher in den ZB resp. in der Versicherungspolice aufgeführt ist, anteilmässig reduziert.
- 29.2 Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:
- wenn die versicherte Person ihren Pflichten gemäss den Ziffern 24 und 25 nicht nachkommt, es sei denn, sie weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist (Ziffer 26.2);
  - bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles durch die versicherte Person.
- 30 Anrechnung von Leistungen bei Ersatzpolice**
- Ersetzt der Vertrag einen früheren des Versicherers, werden früher bezogene, begrenzte Leistungen aus der ersetzten Police bei künftigen Leistungen angerechnet.
- 31 Subsidiarität und Leistungen Dritter**
- 31.1 Sämtliche vertraglich vereinbarten Leistungen des Versicherers werden in Ergänzung zu anderen Sozialversicherungen erbracht, insbesondere zu den Leistungen gemäss der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Militär-, Unfall-, Invaliden- und Krankenversicherung sowie zu den Leistungen entsprechender ausländischer Versicherer. Hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen der genannten Sozialversicherungen, werden die Leistungen durch den Versicherer nur gewährt, wenn der Fall diesen Versicherern rechtzeitig angemeldet worden ist.
- 31.2 Bei Doppel- oder Mehrfachversicherung leistet der Versicherer anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften (vgl. Art. 71 Abs. 1 VVG).
- 31.3 Wenn ein Dritter oder dessen Versicherer der versicherten Person gegenüber haftpflichtig ist, so erbringt der Versicherer in diesem Umfang keine Leistungen. Bestreitet der Dritte oder dessen Versicherer seine Haft- oder Leistungspflicht, so ist der Versicherer dennoch nicht verpflichtet, Leistungen zu erbringen.
- 32 Vorleistung**
- 32.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen entrichten unter der Bedingung, dass ihr die versicherte Person deren Rechte gegenüber Dritten bis zur Höhe der erbrachten Vorleistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung des allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegenstehen könnte. Sämtliche Kostenbeteiligungen bleiben diesfalls trotzdem geschuldet.
- 32.2 Schliesst die versicherte Person mit einem Dritten über dessen Leistung ohne vorherige Zustimmung des Versicherers eine Vereinbarung ab, ist der Versicherer nicht leistungspflichtig.

## VII Verschiedenes

- 33 Zahlungspflicht**
- Honorarschuldner gegenüber den Leistungserbringern ist grundsätzlich die versicherte Person. Die versicherte Person akzeptiert jedoch anderslautende Verträge zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an den Leistungserbringer vorsehen.
- 34 Auszahlungen des Versicherers**
- Zahlungen an die versicherte Person leistet der Versicherer gebührenfrei mittels Überweisung auf ihr Bank- oder Postkonto. Verlangt die versicherte Person eine andere

Auszahlungsart, so muss der Versicherer die belasteten Gebühren auf die versicherte Person überwälzen. Für jede dieser Auszahlungen wird zudem ein Betrag für den zusätzlichen administrativen Aufwand belastet.

- 35 Honorarvereinbarungen und Tarife**
- Honorarvereinbarungen zwischen der versicherten Person und den Leistungserbringern sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Umfang der vom Versicherer ausgehandelten resp. anerkannten Tarife.
- 36 Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung**
- 36.1 Der Versicherer ist berechtigt, ausstehende Prämien und oder Kostenbeteiligungen mit Leistungsansprüchen der versicherten Person zu verrechnen. Dieses Verrechnungsrecht steht der versicherten Person gegenüber dem Versicherer nicht zu.
- 36.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.
- 36.3 Von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.
- 37 Versichertenkarte**
- 37.1 Die versicherte Person kann, je nach Art der abgeschlossenen Versicherungen, eine Versichertenkarte erhalten. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zum Bezug von Leistungen, insbesondere von Medikamenten.
- 37.2 Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen oder sonstwie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonstwie abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.
- 37.3 Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer dadurch entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Leistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Kosten und Umtriebe des Versicherers zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten im Sinne von Art. 45 VVG.
- 38 Mitteilungen und Adressänderung**
- 38.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz des Versicherers (vgl. Ziffer 3.1) oder an die in der Versicherungspolice bezeichnete Vertretung gerichtet werden.
- 38.2 Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.
- 38.3 Eine Änderung des Wohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Die Wirkungen dieser Adressänderung sind in Ziffer 18.5 geregelt.
- 38.4 Teilt die versicherte Person die Adressänderung nicht unverzüglich mit, so gilt Ziffer 26 sinngemäss.
- 39 Datenschutz**
- 39.1 Der Versicherer bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben, und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen und für statistische Auswertungen.

- 39.2 Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die Aufbewahrung und Bearbeitung erfolgt nur so lange und soweit, wie es die gesetzlichen Bestimmungen erfordern.
- 39.3 Der Versicherer kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Gesellschaften der CSS Gruppe sowie an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung weiterleiten.
- 39.4 Bei Verdacht auf Vermögens- und Urkundendelikte (vgl. auch Ziffer 25.6) sowie im Falle, dass der Versicherer wegen betrügerischer Begründung eines Versicherungsanspruchs vom Vertrag zurücktritt (Art. 40 VVG), kann eine Meldung an den Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) zwecks Eintragung in das Zentrale Informationssystem (ZIS) erfolgen.
- 39.5 Für die Prüfung von Leistungsabrechnungen ausländischer Leistungserbringer kann der Versicherer die Daten an deren Beauftragte weitergeben.
- 39.6 Ferner kann der Versicherer bei Arbeitsstellen und weiteren Dritten (z.B. Leistungserbringern, Versicherern bzw. deren medizinischen Diensten) sachdienliche Auskünfte einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des jeweiligen Vertrags (vgl. auch Ziffer 11.2).
- 39.7 Die versicherte Person hat das Recht, beim Versicherer über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

#### 40 Anpassung der Versicherungsbedingungen

- 40.1 Der Versicherer ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die AVB und ZB einseitig anzupassen:
- Entwicklung der modernen Medizin bzw. Pflege;
  - Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapie- oder Pflegeformen wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches;
  - Leistungsänderungen im KVG oder Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung.
- 40.2 Werden die Versicherungsbedingungen angepasst, gelten für die versicherte Person und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt der versicherten Person die Anpassungen spätestens 30 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit.

#### 41 Listen des Versicherers

- 41.1 Die in den vorliegenden AVB und in den ZB genannten, jeweils gültigen Listen des Versicherers (bspw. vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB) können von ihr jederzeit einseitig geändert werden. Der versicherten Person steht bei einer Änderung der Listen kein Kündigungsrecht zu.
- 41.2 Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen.
- 41.3 Die Listen können über das Internet bezogen werden, sofern die ZB nichts Abweichendes vorsehen.

#### 42 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 42.1 Die Verpflichtungen aus den Versicherungen sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 42.2 Bei Rechtsstreitigkeiten kann gegen den Versicherer am schweizerischen Wohnort der versicherten Person oder in Luzern-Stadt Klage erhoben werden. Wohnt die versicherte Person im Ausland, ist Luzern-Stadt ausschliesslicher Gerichtsstand.

## Anhang

### 43 Familienrabatt

Als Familienversicherer gewährt die CSS Versicherung AG auf die Prämien von Zusatzversicherungen nach VVG attraktive Familienrabatte für Kinder und Jugendliche.

#### 43.1 Voraussetzungen für Prämienrabatte in Zusatzversicherungen

Die kumulativen Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung für den Familienrabatt ergeben sich aus Art. 19.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

#### 43.2 Rabatthöhe der einzelnen Versicherungsprodukte

Zusatzversicherung	Minima	Optima	Maximalalter
Ambulantversicherung	20%	20%	bis 20. Altersjahr
Spitalversicherung	20%	20%	bis 20. Altersjahr

Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht des Kindes oder Jugendlichen ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel Ambulantversicherung Optima mit mehreren Rabatten<sup>1</sup>:

Bruttoprämie	CHF 7.80
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 0.80
Nettoprämie I	CHF 7.00
– Familienrabatt 20%	CHF 1.40
<b>Nettoprämie II (effektiv zu bezahlende Prämie)</b>	<b>CHF 5.60</b>

<sup>1</sup>Die versicherte Person ist 5 Jahre alt. Die Prämie ist nur exemplarisch und entspricht nicht der effektiven Prämie.



CSS

Versicherung