

Einzel-Krankenzusatzversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-E)
Ausgabe 1997

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines	2	V	Begrenzung der Versicherungsdeckung	4
Art. 1	Umfang der Versicherung	2	Art. 16	Begrenzung der Versicherungsdeckung	4
Art. 2	Grundlagen des Versicherungsvertrags	2	Art. 17	Grobe Fahrlässigkeit	4
Art. 3	Begriffsbestimmungen	2			
Art. 4	Örtlicher Geltungsbereich	2	VI	Administrative Bestimmungen	4
			Art. 18	Verpflichtungen des Versicherten und des Versicherungsnehmers bei Krankheit oder Unfall	4
II	Beginn und Ende der Versicherungsdeckung	2	Art. 19	Unverschuldete Verletzung der Verpflichtungen	4
Art. 5	Beginn der Versicherungsdeckung	2	Art. 20	Vergütung der Leistungen	4
Art. 6	Dauer der Versicherungsdeckung	2	Art. 21	Abtretung und Verpfändung	4
Art. 7	Sistierung der Versicherungsdeckung	2	Art. 22	Mitteilungen	4
			VII	Versicherungskumulierung und Leistungen Dritter	4
III	Prämienbezahlung und Anpassungen	2	Art. 23	Doppelversicherung	4
Art. 8	Prämientarif	2	Art. 24	Leistungen eines Dritten	4
Art. 9	Prämienänderung gemäss erreichtem Alter	3	Art. 25	Koordinierung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG	4
Art. 10	Prämienbezahlung	3			
Art. 11	Verzug bei der Prämienbezahlung	3	VIII	Schlussbestimmungen	5
Art. 12	Änderung der Tarife und Franchisen	3	Art. 26	Erfüllungsort und Gerichtsstand	5
Art. 13	Rabatte und Boni	3			
			Anhang		5
IV	Kündigungsrecht	3	Art. 27	Familienrabatt	5
Art. 14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	3			
Art. 15	Kündigung durch INTRAS	3			

I Allgemeines

Art. 1 Umfang der Versicherung

- 1.1 Die Einzelkrankenversicherung umfasst die von INTRAS betriebenen Zusatzversicherungen für Heilungskosten und die Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit, welche die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit abdecken. Mittels Prämienzuschlag wird das Unfallrisiko ebenfalls gedeckt.
- 1.2 Die versicherten Leistungen sind in den Speziellen Bedingungen (SB) beschrieben.

Art. 2 Grundlagen des Versicherungsvertrags

Die Grundlagen des Vertrags sind:

- die schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten im Versicherungsantrag und der Bericht des untersuchenden Arztes;
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- die Speziellen Bedingungen;
- die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

Art. 3 Begriffsbestimmungen

Im Vertrag versteht man unter

- 3.1 Krankheit: jede, vom Willen des Versicherten unabhängige Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert. Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Geburt und Fehlgeburt werden einer Krankheit gleichgestellt, wenn die Speziellen Bedingungen nicht ausdrücklich das Mutterschaftsrisiko ausschliessen.
 - 3.2 Unfall: jede 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:
 - Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind;
 - Verrenkungen von Gelenken;
 - Meniskusrisse;
 - Muskelrisse;
 - Muskelzerrungen;
 - Sehnenrisse;
 - Bandläsionen;
 - Trommelfellverletzungen.
 - 3.3 Fall (Krankheit, Unfall, Rückfall): jedes Ereignis, das Anspruch auf Leistungen gibt. Tritt vor Abschluss eines Falles eine neue Krankheit oder ein neuer Unfall ein, begründet dies einen neuen Fall, sofern er nicht mit dem ersten ursächlichen zusammenhängt. Eine Krankheit oder Unfallfolge, die medizinisch in Verbindung mit einer früheren Krankheit oder einem erlittenen Unfall steht (Rückfall), gilt nur dann als neuer Fall, wenn der Versicherte während 12 Monaten nach Abschluss des früheren Falls für diese Krankheit oder Unfallfolge nicht ärztlich behandelt wurde.
- ### Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich
- 4.1 Die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen gelten in der Schweiz, in Liechtenstein und in den Grenzzonen (Zonen, die für die Erteilung einer Grenzgängerarbeitsbewilligung anerkannt sind).
 - 4.2 Sie gelten auch in den anderen Ländern, wenn sich der Versicherte dort vorübergehend während nicht mehr als 12 aufeinander folgenden Monaten aufhält.
 - 4.3 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt von über 12 Monaten in anderen Ländern kann der Versicherungsnehmer

für maximal 5 Jahre die Beibehaltung seiner Versicherungsdeckung verlangen. Eine Prämie ist gemäss INTRAS-Tarif im Voraus zu entrichten. Der Versicherte hat überdies einen Vertreter in der Schweiz zu bezeichnen. Als Wohnsitz gilt der Wohnsitz des Vertreters.

- 4.4 Der Versicherte kann sich nur dann zur Behandlung ins Ausland begeben, wenn er die schriftliche Genehmigung von INTRAS hat.

II Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

Art. 5 Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung tritt an dem Tag in Kraft, den INTRAS in der schriftlichen Annahmestätigung bekannt gibt, frühestens jedoch an dem in der Police vereinbarten Datum. Diese Regel gilt ebenfalls für Versicherungsänderungen.

Art. 6 Dauer der Versicherungsdeckung

- 6.1 Die Versicherungsdeckung wird für einen ersten Zeitraum bis zu dem in der Police vereinbarten Datum abgeschlossen. Der Fälligkeitstermin ist immer der 31. Dezember.
- 6.2 Sie wird stillschweigend von Jahr zu Jahr verlängert, wenn sie nicht vom Versicherungsnehmer fristgerecht gekündigt wird.
- 6.3 Die Versicherungsdeckung für ein Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit kann längstens bis zu dem Alter in Kraft bleiben, ab dem Anspruch auf eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) besteht.

Art. 7 Sistierung der Versicherungsdeckung

- 7.1 Die Sistierung ermöglicht die Beibehaltung der Versicherungsdeckung ohne Anspruch auf Leistungen während mindestens 6 und maximal 24 Monaten, wenn es sich um einen Auslandsaufenthalt oder einen obligatorischen Beitritt in einen Kollektivvertrag mit identischen Leistungen handelt.
- 7.2 Die für die Aufrechterhaltung der Versicherungsdeckung fällige Prämie ist im Voraus zu entrichten.
- 7.3 Die Wiederinkraftsetzung ist für den Ersten eines Monats unter der Bedingung möglich, dass der Versicherungsnehmer dies schriftlich 30 Tage vorher verlangt. In diesem Fall tritt die Versicherungsdeckung ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustands wieder in Kraft.

III Prämienbezahlung und Anpassungen

Art. 8 Prämientarif

- 8.1 Die tarifliche Altersgruppe zur Festsetzung der Prämie für die Zusatzversicherungen BASIC, UNO, UNO+, DUE, DUE+, SANFIT, DENTA, SB und PK wird aufgrund des Alters des Versicherten bei Abschluss des Vertrags ermittelt.
- 8.2 Hat der Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres eine Zusatzversicherung OPTIMA, OPTIMA+, QUADRA, QUADRA+ oder ECODENTA abgeschlossen, ermittelt sich die tarifliche Altersgruppe zur Festsetzung der Prämie jedes Jahr aufgrund des erreichten Alters. Sobald er das 50. Lebensjahr vollendet hat, wird ihm für die Dauer des Vertrags die tarifliche Altersgruppe 46–50 garantiert.
- 8.3 Hat der Versicherte nach Vollendung des 50. Lebensjahres eine Zusatzversicherung OPTIMA, OPTIMA+, QUADRA, QUADRA+ oder ECODENTA abgeschlossen, ermittelt sich die tarifliche Altersgruppe zur Festsetzung der Prämie aufgrund des Alters des Versicherten bei Abschluss des Vertrags. Die so ermittelte Altersgruppe gilt für die gesamte Dauer des Vertrags.

8.4 Die tarifliche Altersgruppe zur Festsetzung der Prämie für die Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit ermittelt sich jedes Jahr aufgrund des erreichten Alters.

Art. 9 Prämienänderung gemäss erreichtem Alter

Der aufgrund des erreichten Alters geltende Tarif ist ab 1. Januar des Kalenderjahres anwendbar, in dem der Versicherte die Altersgruppe wechseln muss.

Art. 10 Prämienbezahlung

10.1 Die Prämien sind jährlich und im Voraus an den in der Police vereinbarten Fälligkeitsdaten zu bezahlen. Mittels Sondervereinbarung und Zahlung eines Zuschlags können sie auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich entrichtet werden.

10.2 Tritt der Vertrag im Laufe eines Monats in Kraft, so ist die Prämie für den gesamten Monat zu entrichten.

Art. 11 Verzug bei der Prämienbezahlung

11.1 Wird eine Prämie nicht innerhalb der vorgesehenen Frist bezahlt, wird der Versicherungsnehmer schriftlich, unter Erwähnung der Verzugsfolgen, und auf seine Kosten aufgefordert, die Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Versand der Mahnung vorzunehmen.

11.2 Bleibt die Mahnung ohne Wirkung, ruht die Leistungspflicht der INTRAS nach Ablauf dieser Frist.

11.3 Wird der Rückstand, der aus der Prämie, den Zinsen und den Kosten besteht, innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist bezahlt, wird die ausgesetzte Versicherungsdeckung wieder in Kraft gesetzt. Wird der Rückstand später bezahlt, kann INTRAS die Wiederinkraftsetzung verweigern oder sie von einer neuerlichen Untersuchung des Gesundheitszustands auf Kosten des Versicherten abhängig machen. Fälle, die während der Aussetzungsperiode aufgetreten sind, werden nie übernommen.

Art. 12 Änderung der Tarife und Franchisen

12.1 Ändern sich die Prämien oder die Franchiseregulungen, vor allem aufgrund der Kostenentwicklung, nimmt INTRAS die entsprechende Anpassung der abgeschlossenen Versicherungsdeckung vor. Die neuen Prämien werden gemäss den vom Bundesamt für Privatversicherungen genehmigten Modalitäten berechnet.

12.2 Änderungen der Prämien oder der Franchiseregulungen werden schriftlich spätestens 30 Tage vor ihrem Inkrafttreten mitgeteilt. Ist der Versicherungsnehmer mit den Änderungen nicht einverstanden, kann er die betroffene Versicherungsdeckung oder den gesamten Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Zustellung kündigen. Im gegenteiligen Fall wird angenommen, dass der Versicherungsnehmer die Änderung der Versicherungsdeckung akzeptiert hat.

12.3 Bei einem Wohnsitzwechsel hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte unverzüglich INTRAS zu informieren. INTRAS nimmt, gegebenenfalls, automatisch die Anpassung der Prämie gemäss den für den neuen Wohnsitz geltenden Tarifen vor. Diese Änderung gibt nicht das Recht, die Versicherungsdeckung zu kündigen.

Art. 13 Rabatte und Boni

13.1 Die INTRAS 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 INTRAS und/oder die Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. einen Bonus durch die INTRAS lösen ein Kündigungsrecht aus.

13.2 Die INTRAS 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 INTRAS in einem Anhang zu den AVB. Die INTRAS 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:

a) Das Kind verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.

b) Eine erwachsene erziehungsberechtigte Person (Rabattperson) lebt im selben Haushalt.

c) Die Rabattperson verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.

d) Die Rabattperson verfügt über eine gleichwertige Zusatzversicherung bei der CSS oder INTRAS Versicherung AG.

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

Berechnungsbeispiel UNO+ mit mehreren Rabatten:

Bruttoprämie	CHF 19.40
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 1.95
Nettoprämie I	CHF 17.45
– Rabatt II (fiktiv) 25%	CHF 4.35

Nettoprämie II

(effektiv zu bezahlende Prämie) CHF 13.10

13.4 Die INTRAS 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 INTRAS eingegangen ist.

IV Kündigungsrecht

Art. 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung kündigen

a) auf Ende der ersten vereinbarten Versicherungsperiode, danach auf Ende jedes nachfolgenden Versicherungsjahres. Damit die Kündigung gültig ist, hat sie schriftlich zu erfolgen und muss bei INTRAS mindestens drei Monate vor Beginn eines neuen Versicherungsjahres eingehen.

b) nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird. Damit die Kündigung gültig ist, muss sie spätestens 14 Tage nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer von der Zahlung Kenntnis erhalten hat, bei INTRAS eingehen.

Art. 15 Kündigung durch INTRAS

INTRAS verzichtet auf ihr Recht, die Versicherungsdeckung nach Eintreten eines Schadenfalls zu kündigen, ausgenommen bei Anzeigepflichtverletzung, Betrug, Missbrauch oder versuchtem Missbrauch.

V Begrenzung der Versicherungsdeckung

Art. 16 Begrenzung der Versicherungsdeckung

Es werden keine Leistungen gewährt

- a) für die bei Abschluss des Vertrags oder seiner Wiedereinkraftsetzung bestehenden Krankheiten, Missbildungen, Gebrechen und Unfälle oder ihre Folgen;
- b) für Krankheiten infolge missbräuchlichen Konsums von Medikamenten, Drogen und Alkohol;
- c) für Behandlungen, die im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nicht vom Bundesrat anerkannt sind sowie für alle prophylaktischen Massnahmen (vorbehaltlich der in den Speziellen Bedingungen vorgesehenen Leistungen) oder ästhetischen Behandlungen (einschliesslich Verjüngungs- und Abmagerungskuren), die nicht die Folge eines von INTRAS übernommenen Falls sind;
- d) für Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse. Wird der Versicherte von diesen Ereignissen ausserhalb der Schweiz überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren Beginn;
- e) für Unfälle, die sich ereigneten
 - bei Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweist, dass er weder aktiv auf Seiten der Unruhestifter noch als Aufwiegler beteiligt war;
 - bei Teilnahme an Rennen mit motorbetriebenen Fahrzeugen und Geräten oder beim diesbezüglichen Training;
 - anlässlich der vorsätzlichen Begehung eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten oder beim Versuch dazu;
 - im Zusammenhang mit dem Dienst des Versicherten in einer ausländischen Armee;
- f) für Gesundheitsschäden, die auf die Wirkungen von ionisierenden Strahlen jeder Art zurückzuführen sind, ausser im Fall einer Berufskrankheit;
- g) bei Selbstverstümmelung, Selbstmord oder Selbstmordversuch, wenn diese Handlungen vom Versicherten in vollem Bewusstsein durchgeführt werden;
- h) für Unfälle, wenn die Ausdehnung auf dieses Risiko in der Versicherungsdeckung nicht vorgesehen ist;
- i) sofern die Rechnungen nicht innerhalb von 12 Monaten nach ihrer Erstellung INTRAS übermittelt werden.

Art. 17 Grobe Fahrlässigkeit

INTRAS verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, ihre Leistungen bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten zu kürzen.

VI Administrative Bestimmungen

Art. 18 Verpflichtungen des Versicherten und des Versicherungsnehmers bei Krankheit oder Unfall

- 18.1 Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss INTRAS verständigen, sobald er Kenntnis von einem Krankheitsfall oder Unfall hat, der Anspruch auf Leistungen gibt.
- 18.2 Für Krankheiten und Unfälle, die nicht innerhalb von 30 Tagen gemeldet werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen.
- 18.3 Der Versicherte muss die ärztlichen Anweisungen befolgen und sich, gegebenenfalls, von einem von INTRAS bezeichneten Arzt auf deren Kosten untersuchen lassen. Andernfalls verliert er seinen Anspruch auf Leistungen.
- 18.4 Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss INTRAS alle für die Erledigung des Falls notwendigen Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung stellen, darunter auch die Originalabrechnungen anderer Versicherer, die für denselben Fall Leistungen übernommen haben. Wenn

er diese Unterlagen nicht einsendet, ist INTRAS 14 Tage nach der schriftlichen Mahnung von ihrer Leistungspflicht entbunden.

Art. 19 Unverschuldete Verletzung der Verpflichtungen

INTRAS verzichtet darauf, bei Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten obliegenden Pflichten die vorgesehenen Sanktionen anzuwenden, wenn diese Verletzung den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist.

Art. 20 Vergütung der Leistungen

INTRAS gewährt ihre Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt sämtlicher Auskünfte und medizinischer Unterlagen, die es ermöglichen, ihre Leistungspflicht festzustellen. Die Franchise wird vom Betrag der geschuldeten Leistungen in Abzug gebracht.

Art. 21 Abtretung und Verpfändung

Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer kann die bei INTRAS versicherten Leistungen ohne schriftliche Einwilligung der INTRAS weder abtreten noch verpfänden.

Art. 22 Mitteilungen

- 22.1 Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten müssen, um gültig zu sein, schriftlich an den Sitz der INTRAS in Lausanne oder an eine ihrer Agenturen adressiert werden.
- 22.2 INTRAS richtet in gültiger Weise alle ihre Mitteilungen an den letzten vom Versicherten oder dem Versicherungsnehmer angegebenen Wohnsitz.

VII Versicherungskumulierung und Leistungen Dritter

Art. 23 Doppelversicherung

Wenn der Versicherte weitere Versicherungen bei anderen Versicherern abgeschlossen hat, dürfen die aus allen Versicherungen zusammen bezahlten Leistungen die tatsächlichen Behandlungskosten nicht übersteigen. Die betroffenen Versicherer übernehmen die Kosten im Verhältnis der von ihnen gewährten Garantien.

Art. 24 Leistungen eines Dritten

- 24.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss INTRAS über Art und Ausmass der Entschädigungen informieren, die er von einem Dritten erhält. Er kann ohne Ermächtigung von INTRAS keinen Vergleich mit einem Dritten abschliessen.
- 24.2 Bestreitet ein Dritter seine Verpflichtung, gewährt INTRAS ihre Leistungen, sofern der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihr seine Ansprüche bis zur Höhe der bezahlten Beträge abtritt.
- 24.3 Insofern die Krankenpflegekosten oder das Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit zu Lasten eines UVG-Versicherers, der Militärversicherung oder der Invalidenversicherung gehen, kann INTRAS die Zahlung ihrer Leistungen davon abhängig machen, dass der Fall der betroffenen Institution gemeldet wurde.

Art. 25 Koordinierung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG

Ist der Versicherte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) bei einem anderen Versicherer gedeckt, hat er INTRAS die Originalabrechnung der von diesem Versicherer bezahlten Leistungen vorzulegen, um die bei INTRAS versicherten Leistungen vergütet zu bekommen.

VIII Schlussbestimmungen

Art. 26 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 26.1 Der Erfüllungsort befindet sich am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten.
- 26.2 Im Streitfall kann der Anspruchsberechtigte bei den zuständigen Gerichten seines schweizerischen Wohnsitzes oder denjenigen des Sitzes der INTRAS, Lausanne, gegen INTRAS Klage erheben.

Anhang

Art. 27 Familienrabatt

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

27.1 Voraussetzungen für Prämienrabatte in Zusatzversicherungen

Die kumulativen Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung für den Familienrabatt ergeben sich aus Art. 13.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

27.2 Rabatthöhe und Maximalalter

Rabatthöhe: 25%

Maximalalter: 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 UNO+ mit mehreren Rabatten¹:

Bruttoprämie	CHF 19.40
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 1.95
Nettoprämie I	CHF 17.45
– Familienrabatt 25%	CHF 4.35

**Nettoprämie II
(effektiv zu bezahlende Prämie) CHF 13.10**

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

- 27.3 Als gleichwertig im Sinne von Art. 13.2 Bst. d der AVB gelten folgende Zusatzversicherungen:

Rabattierte Zusatzversicherung (Abgeschlossenes Produkt des rabattberechtigten Kindes)

UNO+

DUE+

OPTIMA+

QUADRA+

CASA

FLEXIMA

BASIC

ECODENTA

DENTA

SANFIT

Gleichwertige Zusatzversicherung

(Rabattperson muss mindestens eines der folgenden Produkte abgeschlossen haben)

UNO+

DUE+

OPTIMA+

QUADRA+

CASA

FLEXIMA

BASIC

ECODENTA

DENTA

Ambulantversicherung myFlex

Spitalversicherung myFlex

CSS-Standardversicherung

CSS-Standardversicherung plus

Spitalversicherung halbprivat

Spitalversicherung privat

Spital20

Spital30