



Versicherungs- bestimmungen

Ausgabe 2011

Inhaltsverzeichnis

Reglement für Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)			
1	basis	Seite	2
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)			
2	Gemeinsame Bestimmungen	Seite	13
3	allgemeiner zusatz und privat zusatz	Seite	22
4	plus und premium	Seite	29
5	hospita	Seite	36
6	salto	Seite	44
7	mondial	Seite	51
8	dental	Seite	53
9	tourist	Seite	56
10	protect	Seite	60
11	capita unfall (Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall)	Seite	63
12	capita krankheit (Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit)	Seite	68

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bestimmungen		
1.1	Grundsatz		
1.2	Bundesrechtliche Bestimmungen		
2	Generelle Rahmenbedingungen		
2.1	Aufnahmebedingungen		
2.1.1	Im Allgemeinen		
2.1.2	Grenzgängerinnen und Grenzgänger		
2.1.3	Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen		
2.1.4	Besondere Aufnahmebedingungen		
2.2	Aufnahmeverfahren		
2.2.1	Antragstellung		
2.2.2	Versicherungspolice		
2.3	Beginn der Versicherung		
2.3.1	Im Allgemeinen		
2.3.2	Geburt oder Zuzug in die Schweiz		
2.3.3	Grenzgängerinnen und Grenzgänger		
2.3.4	Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU		
2.3.5	Verspätete Anmeldung		
2.4	Wohnsitzverlegung		
2.4.1	Im Allgemeinen		
2.4.2	Ins Ausland		
2.5	Sistierung der Unfalldeckung		
2.5.1	Voraussetzung		
2.5.2	Mitwirkungspflichten der versicherten Person		
2.6	Erlöschen der Versicherung		
2.6.1	Im Allgemeinen		
2.6.2	Kündigung		
2.6.3	Folgen der Versicherungsbeendigung		
3	Leistungen		
3.1	Allgemeine Leistungsbestimmungen		
3.1.1	Anspruchsberechtigung		
3.1.2	Leistungen bei Krankheit		
3.1.3	Leistungen bei Unfall und Geburtsgebrechen		
3.1.4	Leistungen bei Mutterschaft		
3.1.5	Leistungen im Ausland		
3.1.6	Leistungs voraussetzung		
3.1.7	Rechnungsstellung, Rückerstattung		
3.1.8	Mitwirkungspflichten der versicherten Person		
3.2	Ambulante Behandlung		
3.2.1	Leistungsdauer		
3.2.2	Leistungserbringende Personen oder Institutionen		
3.2.3	Leistungsumfang		
3.2.4	Wahl der behandelnden Person		
3.2.5	Medikamente		
3.2.6	Analysen		
3.2.7	Hilfsmittel		
3.2.8	Akupunktur		
3.2.9	Medizinische Prävention		
3.3	Stationäre Behandlung		
3.3.1	Spitalbedürftigkeit		
3.3.2	Leistungsdauer		
3.3.3	Leistungsumfang		
3.3.4	Spitalwahl allgemein		
3.3.5	Ausserkantonale Wahlbehandlung		
3.3.6	Ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen		
3.3.7	Tarifschutz		
3.3.8	Behandlung in Privatabteilungen		
3.3.9	Rechnungsstellung, Rückerstattung		
3.4	Medizinische Rehabilitationsmassnahmen		
3.5	Behandlung im Pflegeheim		
3.6	Spitex		
3.7	Badekuren		
3.7.1	Leistungsumfang		
3.7.2	Wahl des Heilbades		
3.7.3	Vorgehen bei Badekuren		
3.8	Transport- und Rettungskosten		
3.9	Zahnärztliche Behandlung		
3.9.1	Zahnärztliche Behandlung bei schwerer Erkrankung		
3.9.2	Zahnunfall		
3.9.3	Leistungsumfang		
3.9.4	Vorgehen bei zahnärztlicher Behandlung		
3.10	Mutterschaft		
3.10.1	Leistungsumfang		
3.10.2	Pflegekosten des Kindes		
3.10.3	Geburtsvorbereitung und Stillberatung		
3.11	Leistungseinschränkungen		
3.11.1	Kürzung und Einstellung der Leistung		
3.11.2	Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlungen		
3.11.3	Rückerstattungspflicht		
3.12	Verhältnis zu Leistungen von Dritten, Überentschädigung		
3.12.1	Im Allgemeinen		
3.12.2	Sozialversicherungen		
3.12.3	Überentschädigung		

4 casamed Variante

- 4.1 Allgemeines**
- 4.2 Wahl/Kündigung der casamed**
- 4.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen**
- 4.4 Ausnahmen**
 - 4.4.1 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte
 - 4.4.2 Notfälle
- 4.5 Weitere Leistungserbringer**
- 4.6 Leistungsausschluss, Ausschluss casamed Variante**
 - 4.6.1 Leistungsausschluss
 - 4.6.2 Ausschluss casamed Variante
- 4.7 Abwicklung der Versicherung**
 - 4.7.1 Wahl der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. zuständige telemedizinische Institution
 - 4.7.2 Wechsel der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes
 - 4.7.3 Veranlasste Leistungen

5 Kostenbeteiligung

- 5.1 Ordentliche Kostenbeteiligung**
 - 5.1.1 Allgemeines
 - 5.1.2 Jahresfranchise
 - 5.1.3 Selbstbehalt
 - 5.1.4 Selbstbehalt bei Arzneimitteln
 - 5.1.5 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft
 - 5.1.6 Maximale Kostenbeteiligung für Familien
- 5.2 Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital**
- 5.3 Wählbare Franchise**
 - 5.3.1 Allgemeines
 - 5.3.2 Wahl/Kündigung der wählbaren Franchise
 - 5.3.3 Höhe der wählbaren Jahresfranchise
 - 5.3.4 Selbstbehalt
 - 5.3.5 Maximale Kostenbeteiligung bei mehreren Kindern

6 Prämien

- 6.1 Festsetzung**
 - 6.1.1 Im Allgemeinen
 - 6.1.2 Prämienreduktionen
 - 6.1.3 Prämienbeiträge
- 6.2 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst**
- 6.3 Prämienzuschlag**
- 6.4 Extrabeiträge**

- 6.5 Zahlung**
 - 6.5.1 Fälligkeit/Zahlungsperiode
 - 6.5.2 Zahlungsverzug
 - 6.5.3 Verpfändung/Abtretung

7 Kollektivversicherung

- 7.1 Allgemeines**
- 7.2 Abweichende Regelungen**
- 7.3 Übertritt in die Einzelversicherung**

8 Rechtspflege

- 8.1 Verfügung**
- 8.2 Einsprache**
- 8.3 Kantonales Versicherungsgericht**
- 8.4 Rechtskraft**
- 8.5 Rechtsschutz**

9 Schlussbestimmungen

- 9.1 Änderungen**
- 9.2 Inkraftsetzung**

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Grundsatz

Die basis Versicherung ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.

Sie erbringt Leistungen bei Krankheit, Unfall und bei Mutterschaft.

1.2 Bundesrechtliche Bestimmungen

In Ergänzung zu den Bestimmungen dieses Reglements gelten die Regelungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6.10.2000, des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994 sowie der dazugehörenden Ausführungsbestimmungen.

2 Generelle Rahmenbedingungen

2.1 Aufnahmebedingungen

2.1.1 Im Allgemeinen

Durch Abschluss der basis kann jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz der Kasse beitreten.

2.1.2 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Die Kasse versichert auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren Familienangehörige.

2.1.3 Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen

Die Kasse versichert Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen, welche in der Schweiz versicherungspflichtig sind.

Die Grundlage dafür bilden das Abkommen zwischen der EU und der Schweiz über den freien Personenverkehr und das EFTA-Abkommen (Island, Norwegen). Wird im Folgenden das Abkommen über den freien Personenverkehr erwähnt, gilt dies analog auch für das EFTA-Abkommen.

2.1.4 Besondere Aufnahmebedingungen

Die Kasse kann insbesondere für Aktionen und Fusionen abweichende Aufnahmebedingungen und -formalitäten erlassen.

2.2 Aufnahmeverfahren

2.2.1 Antragstellung

Das Aufnahmegesuch erfolgt schriftlich mittels vorgedruckten Formulars. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Für nicht handlungsfähige Personen hat das Aufnahmegesuch durch ihren gesetzlichen Vertreter zu erfolgen.

2.2.2 Versicherungspolice

Neu versicherte Personen erhalten nach erfolgter Aufnahme eine Versicherungspolice und die Versicherungsbestimmungen.

2.3 Beginn der Versicherung

2.3.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung beginnt mit dem von der Kasse bestätigten Aufnahmetag.

2.3.2 Geburt oder Zuzug in die Schweiz

Bei Beitritt innerhalb von drei Monaten seit Geburt oder seit Wohnsitznahme in der Schweiz beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme.

2.3.3 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie ihre Familienangehörigen, welche sich von der Versicherungspflicht nach KVG nicht befreien, müssen sich innert dreier Monate nach Beginn der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.

2.3.4 Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU

Rentnerinnen und Rentner sowie Bezügerinnen und Bezüger von schweizerischen Arbeitslosenleistungen, welche in einem Mitgliedstaat der EU wohnen und gestützt auf das Abkommen zwischen der EU und der Schweiz über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtig sind, müssen sich innert dreier Monate nach Beginn der Versicherungspflicht versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.

2.3.5 Verspätete Anmeldung

Bei verspäteter Anmeldung beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung hat die versicherte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen einen Prämienzuschlag zu entrichten.

2.4 Wohnsitzverlegung

2.4.1 Im Allgemeinen

Änderungen der Adresse und Verlegung des Wohnsitzes sind der Kasse innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortswechsel gilt die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

2.4.2 Ins Ausland

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von ihrem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz ins Ausland entsandt werden, bleiben zwei Jahre und auf Antrag bis zu insgesamt sechs Jahren weiter versichert. Einer zeitlich unbeschränkten Versicherungspflicht unterstehen Personen, welche nach Abkommen über den freien Personenverkehr in einem Mitgliedstaat der EU wohnen und in der Schweiz versicherungspflichtig bleiben, sowie Personen im öffentlichen Dienst mit Tätigkeit im Ausland. Im gleichen Umfang können sich die Familienangehörigen weiter versichern.

Bei Wegzug ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU erbringt die Kasse die Kosten nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen. Im übrigen Ausland leistet die Kasse bis maximal den doppelten Betrag der Tarife und Preise am letzten schweizerischen Wohnort.

Leistungen werden nur erbracht, wenn detaillierte Originalrechnungen eingereicht werden, die folgende Angaben enthalten:

- Behandlungsdatum,
- Diagnose,
- Art der Therapien und der Behandlung,
- Anzahl Konsultationen / Dauer des Spitalaufenthaltes,
- quittierte Originalrezepte,
- Tagestaxen und Nebenkosten (Spital).

Personen, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen und nicht mehr nach KVG versicherungspflichtig sind, können sich gemäss den Bedingungen der mondial Versicherung nach VVG weiter versichern.

2.5 Sistierung der Unfalldeckung

2.5.1 Voraussetzung

Personen, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert sind, können gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung beantragen.

Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert.

2.5.2 Mitwirkungspflichten der versicherten Person

Scheidet die versicherte Person aus der Unfallversicherung gemäss UVG aus, hat sie dies der Kasse innerhalb eines Monats zu melden.

Die Kasse kann bei Versäumen der Meldepflicht von der versicherten Person den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Kasse davon Kenntnis erhält, verlangen.

2.6 Erlöschen der Versicherung

2.6.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung erlischt:

- a) durch Kündigung,
- b) durch Wegzug ins Ausland ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht,
- c) im Todesfall,
- d) bei amtlicher Streichung.

Die gesetzlichen Ausschlussgründe bei Verletzung der Mitgliedschaftspflichten bleiben vorbehalten.

2.6.2 Kündigung

Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Kalendersemesters kündigen.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Das Versicherungsverhältnis endet gegenüber der Kasse erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.

2.6.3 Folgen der Versicherungsbeendigung

Nach Beendigung der Versicherung bestehen, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keinerlei rechtliche Ansprüche an die Kasse.

Die versicherte Person hat jedoch ihren allfälligen finanziellen Verpflichtungen gegenüber der Kasse nachzukommen.

3 Leistungen

3.1 Allgemeine Leistungsbestimmungen

3.1.1 Anspruchsberechtigung

Die Anspruchsberechtigung besteht für die Zeit der Mitgliedschaft.

3.1.2 Leistungen bei Krankheit

Die basis Versicherung deckt die Kosten für die Diagnose und die Behandlung von Krankheiten und deren Folgen.

Die Leistungen umfassen:

- ärztliche und chiropraktische Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen sowie ärztlich angeordnete Leistungen von Drittpersonen,
- ärztlich verordnete Medikamente, Analysen und Hilfsmittel,
- ärztliche oder ärztlich verordnete Präventivmassnahmen,
- Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung,
- medizinische Rehabilitationsmassnahmen,
- Pflegemassnahmen in einem Pflegeheim,
- Spitex-Pflegeleistungen,
- einen Beitrag an ärztlich verordnete Badekuren,
- einen Beitrag an Rettungskosten und medizinisch notwendige Transportkosten,
- Beiträge an zahnärztliche Behandlungen.

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

Der Leistungsumfang bemisst sich nach den Bestimmungen des ATSG und des KVG sowie den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.

3.1.3 Leistungen bei Unfall und Geburtsgebrechen

Soweit nicht Unfall-, Invalidenversicherung oder Dritte dafür aufkommen, werden bei Unfall oder bei Geburtsgebrechen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit ausgerichtet.

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 oder den Tod zur Folge hat.

3.1.4 Leistungen bei Mutterschaft

Bei Mutterschaft werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit sowie die besonderen Mutterschaftsleistungen erbracht.

3.1.5 Leistungen im Ausland

Leistungen bei Behandlungen im Ausland werden gemäss den bundesrechtlichen Bestimmungen insbesondere bei Notfällen erbracht. Die Behandlungskosten müssen detailliert ausgewiesen werden.

In einem Mitgliedstaat der EU erbringt die Kasse die Kosten nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen. Im übrigen Ausland übernimmt die Kasse bis maximal den doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet werden.

Grenzgängerinnen und Grenzgänger und die übrigen nach Abkommen über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU können sich gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr in ihrem Wohnland behandeln lassen.

3.1.6 Leistungsvoraussetzung

Die Kasse übernimmt Kosten für Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Als wirtschaftlich gelten Leistungen, wenn sie sich auf das Mass beschränken, das im

Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

Die Kasse kann zum Zwecke der optimalen Betreuung ihrer Versicherten mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel, durch verbesserte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Kasse die für die Versicherten wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Die Kasse kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

Die Kasse übernimmt nur Leistungen, die von Personen oder Institutionen erbracht werden, die im KVG aufgezählt sind und bei denen die entsprechenden Ausbildungs- und Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind.

3.1.7 Rechnungsstellung, Rückerstattung

Sofern zwischen der Kasse und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist die versicherte Person Honorarschuldner.

Beansprucht die versicherte Person Leistungen der Kasse, hat sie ihr die detaillierten Rechnungen und Rezepte mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer etc.) einzureichen. Besteht ein Leistungsanspruch, vergütet die Kasse der versicherten Person den Kostenanteil der Kasse.

Die versicherte Person kann Rechnungen vor der Bezahlung durch die Kasse prüfen lassen.

3.1.8 Mitwirkungspflichten der versicherten Person

Die versicherte Person hat alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten. Die versicherte Person unterstützt im Rahmen begleitender Massnahmen der Kasse die Tätigkeit der Gesundheitsberaterin bzw. des Gesundheitsberaters und erteilt ihr bzw. ihm die notwendigen Auskünfte.

Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen.

Die versicherte Person erteilt der Kasse unentgeltlich alle Auskünfte, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Insbesondere informiert sie über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität.

Die versicherte Person, welche Versicherungsleistungen beansprucht, hat im Einzelfall alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen und Amtstellen, zu ermächtigen, diejenigen Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind, sofern die betreffenden Personen oder Stellen nicht bereits von Gesetzes wegen zur Auskunftserteilung verpflichtet sind.

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

Die versicherte Person hat der Kasse den Eintritt eines Unfalls spätestens innerhalb von zehn Tagen zu melden. Sie stellt der Kasse sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Kommt die versicherte Person, welche Leistungen beansprucht, den Auskunftspflichtigen in unentschuldigbarer Weise nicht nach, kann die Kasse über den Anspruch auf Leistung entweder aufgrund der Akten verfügen oder auf das Anspruchsbegehren nicht eintreten.

3.2 Ambulante Behandlung

3.2.1 Leistungsdauer

Bei ambulanter Behandlung werden die Leistungen gemäss KVG zeitlich unbeschränkt ausgerichtet.

3.2.2 Leistungserbringende Personen oder Institutionen

Anerkannte Leistungserbringer sind insbesondere folgende Personen und Institutionen:

- Ärztinnen und Ärzte,
- Apothekerinnen und Apotheker,
- Chiropraktorinnen und Chiropraktoren,
- Hebammen,
- Laboratorien,
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder der Behandlung dienen.
- Auf ärztliche Anordnung:
 - Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
 - Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
 - Pflegefachkräfte,
 - Logopädinnen und Logopäden.

3.2.3 Leistungsumfang

Die Kasse übernimmt die Kosten ambulanter Behandlungen gemäss den am Wohn- oder Arbeitsort der Versicherten geltenden Verträgen und Tarifen.

3.2.4 Wahl der behandelnden Person

Die versicherte Person kann unter den gemäss KVG zur Behandlung zugelassenen Personen frei wählen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen für Versicherte, welche die Versicherungsvariante mit eingeschränktem Wahlrecht, casamed, abgeschlossen haben.

Bei der Behandlung durch die nach KVG zugelassenen Personen oder Institutionen geniessen die Versicherten Tarifschutz, das heisst, die Leistungen sind gemäss den mit den Kassen vereinbarten Verträgen und Tarifen zu berechnen.

Bei Behandlung durch Personen oder Institutionen, die sich nicht dem KVG unterstellen, erbringt die Kasse keine Leistungen. Diese Leistungserbringer müssen die Versicherten vor einer Behandlung darauf hinweisen, dass für ihre Behandlung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

Sind die Kosten einer auswärtigen Behandlung höher als die Kosten bei einer Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort, gehen die übersteigenden Kosten zulasten der versicherten Person.

Ist aus medizinischen Gründen eine auswärtige Behandlung notwendig, werden die Kosten gemäss den am Behandlungs-ort geltenden Verträgen und Tarifen übernommen.

Bei wiederholtem freiwilligem Wechsel der behandelnden Person bei der gleichen Erkrankung können die Leistungen von der Zustimmung der Kasse abhängig gemacht werden.

3.2.5 Medikamente

Die Kasse übernimmt die Kosten ärztlich verordneter Medikamente, die in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und der

Spezialitätenliste (SL) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) enthalten sind.

3.2.6 Analysen

Die Kasse vergütet die Kosten für ärztlich angeordnete Analysen, die diagnostischen Zwecken oder der Therapiekontrolle dienen, soweit sie in der Analysenliste (AL) des EDI enthalten sind und von einer Apothekerin oder einem Apotheker oder einem gemäss KVG zugelassenen Laboratorium ausgeführt werden.

3.2.7 Hilfsmittel

Die Kasse übernimmt die Kosten für die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände gemäss der Liste des EDI (MiGeL) und höchstens zu den in der MiGeL enthaltenen Beträgen. Die Mittel und Gegenstände müssen von einer nach KVG anerkannten Abgabestelle oder von einer nach KVG zur Behandlung anerkannten Person abgegeben werden.

Sind die Kosten eines Hilfsmittels höher als die in der MiGeL enthaltenen Beträge, hat die versicherte Person die Differenz zu tragen.

3.2.8 Akupunktur

Die Kasse vergütet die Kosten für die ärztliche Behandlung bei der Akupunktur. Dabei müssen die Ärztinnen und Ärzte eine durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannte Weiterbildung abgeschlossen haben.

3.2.9 Medizinische Prävention

Die Kasse übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete präventive Untersuchungen oder Massnahmen gemäss der Krankenpflegeverordnung, insbesondere Kinderimpfungen und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Diese Leistungen unterliegen – im Gegensatz zu Mutterschaftsleistungen – der ordentlichen Kostenbeteiligung.

3.3 Stationäre Behandlung

3.3.1 Spitalbedürftigkeit

Die Kasse gewährt Leistungen bei Spitalaufenthalt, wenn, unter Berücksichtigung der Diagnose, der Gesundheitszustand der versicherten Person oder die Gesamtheit der ärztlichen Behandlung die stationäre Behandlung in einer Akut- oder Rehabilitationsabteilung eines Spitals erfordert.

Ist die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben, erbringt die Kasse an den Spitalaufenthalt die gleichen Leistungen wie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim oder wie bei der Pflege durch Spitex-Dienste zu Hause.

3.3.2 Leistungsdauer

Der Leistungsanspruch für stationäre Behandlung besteht, solange die Spitalbedürftigkeit gegeben ist.

3.3.3 Leistungsumfang

Die Kasse übernimmt die Kosten eines Spitalaufenthalts gemäss den für die Spitäler im Wohnkanton der versicherten Person geltenden Verträgen und Tarifen für die allgemeine Abteilung.

Zur Anwendung gelangt der Tarif desjenigen Spitals, das aufgrund der Einreihung nach Leistungskategorien der kantonalen Spitalplanung für die medizinische Versorgung der versicherten Person zuständig ist.

3.3.4 Spitalwahl allgemein

Die versicherte Person kann unter den Spitalern, welche die Zulassungsvoraussetzungen des KVG erfüllen und die in der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind, frei wählen.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen für Versicherte, welche die Versicherungsvarianten mit eingeschränktem Wahlrecht, *casamed*, abgeschlossen haben.

3.3.5 Ausserkantonale Wahlbehandlung

Sind die Kosten einer ausserkantonalen Spitalbehandlung höher als bei einer Behandlung in einem nach Leistungskategorien zuständigen Spital im Wohnkanton, gehen die übersteigenden Kosten zulasten der versicherten Person.

3.3.6 Ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen

Ist aus medizinischen Gründen eine ausserkantonale Behandlung notwendig, werden die Kosten gemäss den für das betreffende Spital geltenden Verträgen und Tarifen übernommen.

Als medizinisch notwendige ausserkantonale Behandlungen gelten:

- Notfallbehandlungen,
- Behandlungen, die in keinem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten inner- oder ausserkantonalen Spital durchgeführt werden können.

Erfolgt die Behandlung aus medizinischen Gründen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten ausserkantonalen Spital, übernimmt der Wohnkanton der versicherten Person die Differenz zwischen den effektiven Behandlungskosten und den für die Einwohnerinnen und Einwohner des Standortkantons geltenden Tarifen und Verträgen des betreffenden Spitals.

3.3.7 Tarifschutz

Die für die Behandlung gemäss KVG zugelassenen Spitäler haben die stationäre Behandlung einschliesslich der Aufenthaltskosten gemäss den mit den Kassen vereinbarten Pauschalen abzurechnen. Eine zusätzliche Rechnungsstellung ist nur für allfällige mit den Kassen vereinbarte besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen zulässig.

3.3.8 Behandlung in Privatabteilungen

Lässt sich die versicherte Person in der Privat- oder Halbprivatabteilung eines in der Spitalliste des Standortkantons aufgeführten Spitals inner- oder ausserhalb des Wohnkantons behandeln, erbringt die Kasse Leistungen analog der Taxen für die Allgemeinabteilung der nach Leistungskategorie zuständigen KVG-Spitäler im Wohnkanton bzw. bei medizinischer Indikation analog der Taxen für die Allgemeinabteilung des betreffenden Spitals.

3.3.9 Rechnungsstellung, Rückerstattung

Bei Spitalaufenthalt von Versicherten erteilt die Kasse im Rahmen des Leistungsanspruchs Kostengutsprache, sofern die Einweisungsdiagnose vorliegt. Besteht zwischen Kassen und Spital kein Vertrag, ist die versicherte Person gegenüber dem Spital Honorarschuldner.

3.4 Medizinische Rehabilitationsmassnahmen

Massnahmen der medizinischen Rehabilitation werden dann übernommen, wenn sie der Wiedererlangung der körperlichen oder psychischen Funktionsfähigkeit dienen, sodass die versicherte Person wieder in ihre gewohnte Lebensumgebung zurückkehren kann.

Die Bestimmungen über die ambulante und die stationäre Behandlung kommen sinngemäss zur Anwendung.

Dienen die medizinischen Massnahmen nicht der Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung, werden die Leistungen gemäss Pflegeheimtarif oder gemäss Spitex-Tarifen übernommen.

3.5 Behandlung im Pflegeheim

Bei Aufenthalt in einem nach KVG zugelassenen Pflegeheim übernimmt die Kasse die ärztlich verordneten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen.

Die Leistungen werden gemäss den Vereinbarungen mit dem Pflegeheim entweder pauschal vergütet oder nach Einzelleistungsabrechnung übernommen.

Die Bestimmungen über die stationäre Behandlung und über die Spitex-Leistungen gelten sinngemäss auch für die Behandlung in einem Pflegeheim.

3.6 Spitex

Die Kasse vergütet die ärztlich verordneten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die von anerkannten Spitex-Diensten oder von Pflegefachkräften zu Hause erbracht werden. An die Kosten von Haushalthilfen werden keine Leistungen erbracht.

Die ärztliche Verordnung gilt längstens für die Dauer von drei Monaten bzw. sechs Monaten bei Langzeitpatientinnen und -patienten. Die Spitex-Kosten werden gemäss den kantonalen und kommunalen Verträgen und Tarifen mit den Spitex-Diensten übernommen. Sie können insbesondere nach Zeit- oder Pauschaltarifen abgerechnet werden. In den Tarifverträgen kann ein bestimmter täglicher oder wöchentlicher Zeitbedarf als Maximallimite festgelegt werden.

3.7 Badekuren

3.7.1 Leistungsumfang

An die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren leistet die Kasse einen täglichen Beitrag.

CHF 10.-

21 Tage pro Kalenderjahr

3.7.2 Wahl des Heilbades

Der versicherten Person steht die Wahl unter den ärztlich geleiteten, anerkannten inländischen Heilbädern frei.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behandelt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

3.7.3 Vorgehen bei Badekuren

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt inklusive Diagnose ist der Kasse zwei Wochen vor Kurantritt einzusenden.

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.

3.8 Transport- und Rettungskosten

Bei einem medizinisch notwendigen Transport durch ein nach KVG anerkanntes Transportunternehmen zur Behandlung bei einer nach KVG zugelassenen Person oder Institution im Wahlrecht der versicherten Person übernimmt die Kasse einen Beitrag an die Transportkosten.

50%, bis maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr

Bei einer notwendigen Rettungsaktion in der Schweiz durch ein nach KVG anerkanntes Rettungsunternehmen übernimmt die Kasse einen Beitrag an die Rettungskosten.

50%, bis maximal CHF 5 000.- pro Kalenderjahr

3.9 Zahnärztliche Behandlung

3.9.1 Zahnärztliche Behandlung bei schwerer Erkrankung

Die Kasse übernimmt die Kosten krankheitsbedingter zahnärztlicher Behandlung, wenn diese:

- durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist,
- durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist,
- zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

3.9.2 Zahnunfall

Die Kasse übernimmt die Kosten unfallbedingter Zahnschäden.

3.9.3 Leistungsumfang

Die Vergütung erfolgt bei Behandlung durch die nach KVG zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen mit den Kassen.

3.9.4 Vorgehen bei zahnärztlicher Behandlung

Leistungsvoraussetzung für die Übernahme der Kosten zahnärztlicher Behandlungen ist die Vorlage der Diagnose, des Behandlungsplanes sowie des Kostenvoranschlages.

3.10 Mutterschaft

3.10.1 Leistungsumfang

Während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Geburt übernimmt die Kasse die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Zusätzlich werden die von Ärztinnen oder Ärzten oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und während 10 Wochen nach der Geburt übernommen. Ohne besondere medizinische Indikationen werden maximal sieben Untersuchungen während der Schwangerschaft sowie eine Nachkontrolle übernommen.

Die Kasse übernimmt die Kosten einer Geburt zu Hause, im Spital oder in einer Geburtsstätte gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen.

Die Bestimmungen über ambulante, stationäre bzw. teilstationäre Behandlung gelten auch für die Leistungen bei Geburt.

3.10.2 Pflegekosten des Kindes

Die Kasse übernimmt den nicht gedeckten Teil der Kosten für die Pflege des Kindes, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält, aus der basis der Mutter, sofern das Kind bei der Kasse versichert wird.

3.10.3 Geburtsvorbereitung und Stillberatung

Die Kasse übernimmt einen Beitrag an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses und die Kosten für maximal drei Stillberatungen, wenn diese durch eine anerkannte Fachperson durchgeführt werden.

CHF 100.-

3.11 Leistungseinschränkungen

3.11.1 Kürzung und Einstellung der Leistung

Für die Behandlung von Krankheiten oder von Unfallfolgen,

die von einer anderen Versicherung oder von dritter Seite zu decken sind, besteht kein Leistungsanspruch.

Die Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung entzieht oder diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt.

Die versicherte Person ist vorgängig schriftlich zu mahnen und darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gekürzt resp. vollständig verweigert werden.

3.11.2 Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlungen

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung oder bei unwirtschaftlichen Behandlungen kann die Kasse ihre Vergütung verweigern oder entsprechend kürzen. Sie kann ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen. Bereits bezahlte Vergütungen können von der Kasse – oder die selbst bezahlten Vergütungen von der versicherten Person – beim Leistungserbringer zurückgefordert werden.

3.11.3 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen können durch die Kasse zurückgefordert werden.

3.12 Verhältnis zu Leistungen von Dritten, Überentschädigung

3.12.1 Im Allgemeinen

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte aus Gesetz, Vertrag oder Verschulden, gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber den Dritten im Ausmass der erbrachten Kassenleistungen an die Kasse über. Gibt es mehrere Haftpflichtige, haften diese für Rückgriffsansprüche der Kasse solidarisch.

3.12.2 Sozialversicherungen

Die Kasse gewährt keine Leistungen, die zulasten anderer Sozialversicherungen (UVG, IV, MV, AHV, AIV etc.) gehen. Die versicherte Person hat den Leistungsanspruch bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

Im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungsleistungen erbringt die Kasse Vorleistungen gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

3.12.3 Überentschädigung

Die Leistungen der Kasse oder deren Zusammentreffen mit den Leistungen von anderen Sozialversicherungen oder weiteren Leistungspflichtigen dürfen die der versicherten Person durch den Versicherungsfall entstandenen Krankheits- oder Unfallkosten nicht übersteigen.

Stellt die Kasse eine Überentschädigung fest, kürzt sie die Leistungen entsprechend.

4 casamed Variante

4.1 Allgemeines

Als Variante der basis können Versicherte casamed mit eingeschränkter Wahl der behandelnden Personen oder Institutionen abschliessen.

Die Betreuung in der casamed Variante erfolgt im Rahmen von Systemen, die auf dem Hausarztprinzip basieren. casamed kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

4.2 Wahl/Kündigung der casamed

casamed kann beim Beitritt zur Kasse oder zu einem späteren Zeitpunkt jeweils auf Beginn eines Kalendermonats gewählt werden.

Für den Wechsel zu casamed Varianten, welche keine oder nur die ordentliche Franchise vorsehen, gelten für Versicherte mit wählbarer Franchise die Fristen resp. Austrittsbedingungen der wählbaren Franchise.

Der Wechsel von casamed in die ordentliche basis oder der Austritt aus der Kasse kann für casamed Versicherte jeweils auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses mit der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats möglich, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kann aufgrund längerer örtlicher Abwesenheit der versicherten Person die nicht notfallmässige Behandlung nicht durch die zuständige casamed Hausärztin resp. den zuständigen casamed Hausarzt erfolgen, kann die Kasse einen sofortigen Wechsel in die ordentliche basis vornehmen.

4.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Aus casamed werden die Leistungen der basis erbracht, wenn sie von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welcher/welchem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Die Kasse bezeichnet die casamed Ärztinnen und casamed Ärzte, denen die Behandlung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut ist.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

4.4 Ausnahmen

4.4.1 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Die Kosten der Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und bei Kinderärztinnen oder -ärzten werden ohne vorherigen Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

Die Kasse ist berechtigt, die Auswahl dieser Ärztinnen und Ärzte einzuschränken. Für die Behandlung bei Kinderärztinnen und Kinderärzten kann die Kasse eine Alterslimite festlegen.

Kosten für die veranlasste Behandlung durch eine weitere Spezialistin oder einen weiteren Spezialisten sowie für ambulant und stationär durchgeführte Operationen werden nur nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

4.4.2 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der basis gedeckt. Die Versicherten melden diese innert 20 Tagen ihrer casamed Hausärztin bzw. ihrem casamed Hausarzt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation als auch eine Leistungskürzung bei Fehlen eines (nachträglichen) Überweisungsscheins.

4.5 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse weitere Leistungserbringer wie Spitäler, Apotheken, Sanitätsfachgeschäfte etc. bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

4.6 Leistungsausschluss, Ausschluss casamed Variante

4.6.1 Leistungsausschluss

Begibt sich eine versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

4.6.2 Ausschluss casamed Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

4.7 Abwicklung der Versicherung

4.7.1 Wahl der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. zuständige telemedizinische Institution

Die Kasse übergibt der versicherten Person eine Liste, auf welcher insbesondere folgende Angaben ersichtlich sind:

- casamed Hausärztinnen und casamed Hausärzte,
- örtlicher Leistungsbereich,
- Anmeldemodalitäten der casamed Hausärztinnen und casamed Hausärzte,
- weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Spitäler, Sanitätsfachgeschäfte etc.

Die versicherte Person schreibt sich bei einer casamed Hausärztin, einem casamed Hausarzt ihrer Wahl ein oder ist bei der telemedizinischen Institution eingeschrieben.

4.7.2 Wechsel der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes

In casamed kann der Wechsel zu einer anderen casamed Hausärztin bzw. einem anderen casamed Hausarzt unter Einhaltung einer einmonatigen Mitteilungsfrist jeweils auf Beginn eines Kalenderquartals erfolgen.

Abweichende Regelungen aufgrund von regionalen Vereinbarungen zwischen der Kasse und den an casamed mitwirkenden Ärztinnen und Ärzten bleiben vorbehalten.

In Sonderfällen, insbesondere bei:

- Wohnsitzwechsel,
- Verlegung der Hausarztpraxis,
- Zerwürfnis zwischen casamed Versicherten und gewählter casamed Hausärztin bzw. gewähltem casamed Hausarzt,
- Ausscheiden der casamed Hausärztin bzw. des casamed Hausarztes aus dem Hausarztssystem

gelten mit Einverständnis der Kasse kürzere Fristen.

Die casamed Versicherten erklären sich mit der Weiterleitung der zur Weiterbetreuung notwendigen Unterlagen an die neue casamed Hausärztin resp. den neuen casamed Hausarzt einverstanden.

4.7.3 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. dem casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen die versicherte Person durch den casamed Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen casamed Hausarztes einzuholen.

Die Kasse oder die casamed Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie einer optimalen Leistungscoordination und -prüfung.

Die Kasse stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

5 Kostenbeteiligung

5.1 Ordentliche Kostenbeteiligung

5.1.1 Allgemeines

Jede versicherte Person hat sich gemäss den bundesrechtlichen Vorschriften an den Kosten für die erbrachten Leistungen mit einer Jahresfranchise und einem Selbstbehalt zu beteiligen.

Bis 18	Erwachsene
Keine (ordentliche) Franchise	CHF 300.– pro Kalenderjahr

5.1.2 Jahresfranchise

Für Erwachsene wird die Jahresfranchise in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

5.1.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 10% der Kosten für die erbrachten Leistungen, die die Jahresfranchise übersteigen.

Bis 18	Erwachsene
10%, maximal CHF 350.– pro Kalenderjahr	10%, maximal CHF 700.– pro Kalenderjahr

5.1.4 Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Der Selbstbehalt beträgt 20% der die Jahresfranchise übersteigenden Kosten bei Originalpräparaten, wenn in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreis mindestens 20% tiefer ist als der Höchstpreis des entsprechenden Originalpräparates. Ausgenommen sind aus medizinischen Gründen ausdrücklich verschriebene Originalpräparate.

5.1.5 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Ausser bei Medikamenten und Hilfsmitteln wird auf den Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben.

5.1.6 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Die maximale Kostenbeteiligung für die Kinder einer Familie beträgt:

Gesamthaft CHF 1000.– pro Kalenderjahr

5.2 Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital

Zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung haben die Versicherten an die Aufenthaltskosten im Spital einen täglichen Beitrag zu leisten.

CHF 15.– pro Tag

Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder und junge Erwachsene bis 25, solange sie noch in Ausbildung sind.

5.3 Wählbare Franchise

5.3.1 Allgemeines

Mit einer entsprechenden Reduktion der Prämien in der basis können sich Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene für eine höhere Franchise entscheiden.

Die wählbare Franchise wird in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

5.3.2 Wahl/Kündigung der wählbaren Franchise

Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Bei unterjährigem Beitritt zur Kasse wird die wählbare Franchise pro rata temporis erhoben.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsvariante oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Mitteilungs- resp. Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses mit der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats möglich, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

5.3.3 Höhe der wählbaren Jahresfranchise

Die Versicherten können unter folgenden höheren Jahresfranchisen auswählen:

Erwachsene	Kinder
CHF 500.-	CHF 200.-
CHF 1000.-	CHF 400.-
CHF 1500.-	CHF 600.-
CHF 2000.-	
CHF 2500.-	

5.3.4 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt entspricht jenem der ordentlichen Kostenbeteiligung.

5.3.5 Maximale Kostenbeteiligung bei mehreren Kindern

Sind mehrere Kinder einer Familie bei Sympany versichert, so beträgt ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt). Wurden für die Kinder unterschiedliche Franchisen gewählt, so setzt Sympany die Höchstbeteiligung fest.

6 Prämien

6.1 Festsetzung

6.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden im Prämientarif festgesetzt.

Die Prämien können nach örtlich bedingten Kostenunterschieden abgestuft werden.

6.1.2 Prämienreduktionen

Reduzierte Prämien gelten:

- für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres,
- für Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Altersjahres,
- bei Sistierung der Unfalldeckung,
- für Versicherte, die eine wählbare Franchise abschliessen,
- für Versicherte, die eine casamed Variante abschliessen.

6.1.3 Prämienbeiträge

Die versicherte Person kann beim Wohnkanton respektive in ihrer Wohngemeinde Prämienbeiträge beantragen. Die Kasse kann mit dem Wohnkanton respektive der Wohngemeinde Vereinbarungen treffen, wonach der Prämienbeitrag direkt bei der Prämie in Abzug gebracht wird.

6.2 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst

Bei Militär-, Zivilschutz- oder Zivildienst von mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen Dauer erfolgt eine Prämienbefreiung für diejenigen Monate, für welche eine Versicherungsdeckung durch die Militärversicherung besteht.

Es wird eine Prämienbefreiung gewährt, soweit sie im gleichen Kalenderjahr beantragt wird. Dem Gesuch muss ein Nachweis über die verrichtete Dienstleistung beigelegt werden.

6.3 Prämienzuschlag

Bei nicht entschuldbarem verspätetem Beitritt in die basis wird für die doppelte Dauer der Verspätung ein Prämienzuschlag erhoben.

Maximal 50%

6.4 Extrabeiträge

In Zeiten aussergewöhnlicher Inanspruchnahme kann die Kasse Extrabeiträge erheben.

6.5 Zahlung

6.5.1 Fälligkeit/Zahlungsperiode

Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Kürzeste Zahlungsperiode ist der Kalendermonat. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung. Beginnt oder erlischt die Mitgliedschaft im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die ganze Monatsprämie geschuldet.

6.5.2 Zahlungsverzug

Gerät eine versicherte Person mit der Zahlung der ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung in Verzug und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, ruht die Anspruchsberechtigung, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Mahn- und Umtriebsspesen, allfällige Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zulasten der versicherten Person.

Mehrkosten, welche durch die von der versicherten Person gewünschten ausserordentlichen Aufwendungen entstehen, sind im Voraus zu begleichen. Die Höhe der verursachten Mehrkosten wird durch die Kasse festgelegt.

Die Kasse kann zusätzlich zu diesen Kosten auf fälligen Beitragsforderungen Verzugszinsen in Höhe von 5% erheben.

Die Kasse kann bis zur Einleitung eines Fortsetzungsbegehrens ihre Leistungen mit fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Der versicherten Person steht diese Möglichkeit nicht zu.

6.5.3 Verpfändung/Abtretung

Forderungen gegenüber der Kasse können nicht verpfändet und nur in den vom KVG vorgesehenen Fällen abgetreten werden.

7 Kollektivversicherung

7.1 Allgemeines

Zur administrativen Vereinfachung kann die Kasse für Personengruppen Gruppenverträge abschliessen.

7.2 Abweichende Regelungen

Für Kollektivversicherte gelten grundsätzlich die gleichen Leistungen und Prämien wie für Einzelversicherte.

Abweichende Regelungen sind insbesondere möglich betreffend:

- a) vereinfachtes Aufnahmeverfahren,
- b) anderen Zahlungsmodus für Prämien,
- c) Kollektivpartnerin oder -partner als Prämienschuldnerin bzw. -schuldner,
- d) Übertragung der Informationspflichten auf die Kollektivpartnerin oder den -partner,
- e) abweichendes Verfahren bei der Leistungsabwicklung und der Kostenbeteiligung,
- f) vereinfachtes Verfahren für den Unfallausschluss.

7.3 Übertritt in die Einzelversicherung

Versicherte, die aus dem Kreis der vom Kollektivvertrag erfassten Personen ausscheiden, oder Versicherte, deren Kollektivvertrag dahinfällt, sind automatisch in der Einzelversicherung weiterversichert.

8 Rechtspflege

8.1 Verfügung

Ist eine versicherte Person oder eine antragstellende Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt die Kasse auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

8.2 Einsprache

Gegen diese Verfügung kann bei der Kasse innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. Die Kasse prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

8.3 Kantonales Versicherungsgericht

Gegen Einspracheentscheide kann beim kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen seit Zustellung des Einspracheentscheides Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem die versicherte Person resp. der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn die Kasse innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem die Kasse ihren Sitz hat.

8.4 Rechtskraft

Die Verfügung oder der Einspracheentscheid der Kasse erhält mit unbenutztem Ablauf der Einsprache- oder Beschwerdefrist oder mit rechtskräftiger Abweisung der Beschwerde Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

8.5 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten der versicherten Person mit Leistungserbringern im Sinne des KVG kann die Kasse auf Begehren der versicherten Person ihre Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf ihre Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

9 Schlussbestimmungen

9.1 Änderungen

Änderungen dieses Reglements werden den Versicherten durch schriftliche Mitteilung, in der Mitgliederzeitschrift oder durch amtliche Publikation mitgeteilt.

9.2 Inkraftsetzung

Dieses Reglement tritt am 1.1.2010 in Kraft und ersetzt damit alle früheren Reglemente und Bestimmungen über die gesetzliche Krankenpflegeversicherung vollständig.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Beendigung der Versicherung
1.1	Zweck	5.1	Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer
1.2	Versicherungsträger	5.1.1	Ordentliche Kündigung
1.3	Gegenstand der Versicherung	5.1.2	Kündigung im Schadenfall
1.4	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	5.1.3	Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
1.5	Bedingungen für die Kollektivversicherung	5.2	Kündungsverzicht durch den Versicherer
1.6	Versicherungsvertragsgesetz	5.3	Übrige Beendigungsgründe
2	Versicherungsabteilungen	6	Leistungen
2.1	Versicherungsmöglichkeiten	6.1	Begriffsdefinitionen
2.2	Änderungen der Versicherungsabteilungen	6.1.1	Krankheit
2.3	Gewählte Versicherungsabteilungen	6.1.2	Unfall
3	Versicherte Personen	6.1.3	Mutterschaft
3.1	Einzelversicherung	6.2	Leistungsbereich
3.2	Kollektivversicherung	6.2.1	Örtlicher Leistungsbereich
4	Beginn und Dauer der Versicherung	6.2.2	Zeitlicher Leistungsbereich
4.1	Verfahren bei Versicherungsabschluss	6.3	Versicherte Leistungen
4.1.1	Antrag	6.3.1	Leistungsumfang
4.1.2	Auskunftspflicht	6.3.2	Wirtschaftlichkeit der Behandlung
4.1.3	Ablehnung oder Leistungsausschluss	6.3.3	Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
4.1.4	Unterlagen, Dokumente	6.4	Leistungsbeschränkungen
4.1.5	Widerrufsrecht	6.4.1	Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
4.2	Beginn der Versicherung	6.4.2	Leistungsausschluss
4.3	Dauer der Versicherung	6.4.3	Leistungseinschränkungen
4.3.1	Versicherungsperiode	7	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall
4.3.2	Längere Versicherungsdauer	7.1	Meldepflicht
4.3.3	Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses	7.2	Schadenminderung
4.3.4	Verlängerung der Versicherung	7.3	Auskunftspflicht
4.4	Änderung der Versicherung	8	Prämien und Zahlungen
4.4.1	Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer	8.1	Prämienfestsetzung
4.4.2	Änderung durch den Versicherer	8.1.1	Im Allgemeinen
4.5	Sistierung der Versicherung	8.1.2	Prämienhöhe
4.5.1	Voraussetzung	8.1.3	Familienrabatt
4.5.2	Dauer und Umfang der Sistierung	8.2	Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
		8.3	Prämienzahlung
		8.3.1	Fälligkeit
		8.3.2	Zahlungsverzug

Inhaltsverzeichnis

8.4 Überschussbeteiligung

- 8.4.1 Grundsatz
- 8.4.2 Voraussetzung
- 8.4.3 Auszahlung

8.5 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

- 8.5.1 Grundsatz

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

- 8.6.1 Verrechnung
- 8.6.2 Verpfändung und Abtretung
- 8.6.3 Leistungsauszahlung
- 8.6.4 Verjährung

9 Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

- 9.1.1 Im Allgemeinen
- 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 Kundenkarte

11 Datenschutz

12 Mitteilungen

13 Gerichtsstand

14 Inkraftsetzung

Gemeinsame Bestimmungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

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

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger sind die in den einzelnen Versicherungsabteilungen aufgeführten Versicherungsgesellschaften (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse). Sie ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung des Versicherungsträgers vorzunehmen.

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 Versicherungsabteilungen vorgesehen ist, kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

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

1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung

Die AVB gelten auch für die Kollektivversicherungen im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen insbesondere betreffend Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und bezüglich der Aufteilung von Rechten und Pflichten zwischen der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbart werden. Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor. Der Versicherungsnehmer resp. die Versicherungsnehmerin hat das Recht auf Einsichtnahme in die das Versicherungsverhältnis betreffenden Bedingungen des Kollektivvertrags.

1.6 Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

2 Versicherungsabteilungen

2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind

- plus,
- premium,

- allgemeiner zusatz,
- privat zusatz,
- hospita allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, global, flex, komfort,
- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- capita unfall,
- capita krankheit.

Einzelne Versicherungsabteilungen werden mit casamed und/oder mondial Varianten geführt.

2.2 Änderungen der Versicherungsabteilungen

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

2.3 Gewählte Versicherungsabteilungen

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

3 Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Kollektivversicherung

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

4 Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

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

4.1.2 Auskunftspflicht

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

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

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder auf ihre Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen. Die Versicherungsnehmerin

oder der Versicherungsnehmer haben dafür zu sorgen, dass sie alle notwendigen Angaben über die versicherte Person machen können.

4.1.3 Ablehnung oder Leistungsausschluss

Die Kasse kann Anträge ablehnen oder einzelne Leistungen von der Versicherungsdeckung ausschliessen.

4.1.4 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer

- die Versicherungspolice,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4.1.5 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 die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls ihr Inhalt als von ihr oder ihm genehmigt gilt.

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Versicherungsperiode

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

4.3.2 Längere Versicherungsdauer

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

4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

4.3.4 Verlängerung der Versicherung

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

Versicherungsänderungen seitens des Versicherers erfolgen per Beginn der neuen Versicherungsperiode.

4.4 Änderung der Versicherung

4.4.1 Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder 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 Kündigung.

4.4.2 Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von

Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen treten jeweils auf Beginn einer neuen Versicherungsperiode in Kraft und werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens der Versicherungsnehmerin oder 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 Versicherungsabteilungen kann beantragt werden, soweit nachweislich eine anderweitige Versicherungsdeckung besteht. Für die Vereinbarung einer Sistierung gilt das gleiche Verfahren wie für den Neuabschluss einer Versicherung (Antragstellung, Auskunftspflicht, Möglichkeit der Ablehnung, Dokumente, Widerrufsrecht). Während der Sistierung wird eine reduzierte Prämie erhoben.

4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

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

Die Sistierung muss für mindestens drei Monate beantragt und kann für eine Dauer von bis sechs Jahren abgeschlossen werden. Eine weitere Verlängerung der Sistierung kann beantragt werden. Kann die Kasse einer Verlängerung nicht zustimmen, erlischt der Vertrag.

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Wegfall des Sistierungsgrundes lebt der Versicherungsschutz vollumfänglich wieder auf, wenn dies innert 30 Tagen verlangt wird. Wird der Versicherungsschutz nicht innert dieser Frist reaktiviert, erlischt die Versicherung ohne Weiteres.

5 Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

5.1.1 Ordentliche Kündigung

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

5.1.2 Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, kann die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit sie/er von der Leistungsübernahme durch den Versicherer Kenntnis hat, schriftlich vom entsprechenden Teil des Vertrages, d.h. von der betroffenen Versicherungsabteilung, zu-

rücktreten. Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

5.1.3 Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
Versicherten Personen, deren Versicherung wegen Kündigung des Kollektivvertrages dahinfällt, steht das Recht auf Wechsel in die Einzelversicherung ohne neue Gesundheitsdeklaration offen. Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Kollektivvertrages geltend gemacht werden.

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die Versicherungsnehmerin oder 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 die Kündigung des Vertrags wegen versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person,
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, für entsandte Arbeitnehmende oder bei Abschluss einer mondial Variante),
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze,
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherungsabteilung,
- e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer von mondial oder bei Sistierung nicht verlängert wird.

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 zur Folge hat.

6.1.2 Unfall

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

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

Keine Körperschädigung im Sinne des obigen Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge

einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

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

6.1.3 Mutterschaft

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

6.2 Leistungsbereich

6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

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

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

6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

6.3 Versicherte Leistungen

6.3.1 Leistungsumfang

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

6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

Die Kasse kann zum Zwecke der optimalen Betreuung ihrer versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel, durch verbesserte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Kasse die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Die Kasse kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann die Kasse ihre Leistungen entsprechend kürzen oder ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

6.3.3 Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

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

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und von der Kasse von der Versicherung ausgeschlossen wurden,
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden,
- c) während einer Karenzzeit,
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient, vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt,
- e) für Behandlungen durch einen von der Kasse nicht anerkannten Leistungserbringer,
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist,
- g) bei Sistierung der Versicherung,
- h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen,
- i) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- j) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- l) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen,
- m) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadeneignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie,
- n) für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), Solothurn, Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird,
- o) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung,
- p) für epidemische Erkrankungen.

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

6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- a) bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person,

- b) bei grob fahrlässigem 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 die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmungen gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen, einem Training dazu oder die Teilnahme an Risikosportarten, welche nicht von professionellen und qualifizierten Betreibern betreut, begleitet und organisiert werden. Die Kasse führt eine Liste mit sämtlichen Risikosportarten, die als Wagnis gelten. Die Liste ist nicht abschliessend und kann von den versicherten Personen jederzeit eingesehen werden,
- d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen,
- e) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

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

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

7.2 Schadenminderung

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

7.3 Auskunftspflicht

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

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

Die versicherte Person erteilt der Kasse Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind der Kasse Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Bei nicht handlungsfähigen Personen haben die Versicherungsnehmerinnen bzw. 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 Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2 Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Familienrabatt

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

Voraussetzung für die Gewährung eines Rabattes an Kinder ist

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

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

Die Prämienanpassungen werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch die Kasse auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten. Aus Prämienanpassungen aufgrund des automatischen Wechsels in eine höhere Altersklasse ergibt sich ein ausserordentliches Kündigungsrecht unter den gleichen Bedingungen.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.3 Prämienzahlung

8.3.1 Fälligkeit

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

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

8.3.2 Zahlungsverzug

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

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

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

Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der ausstehenden Beträge.

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

8.4 Überschussbeteiligung

8.4.1 Grundsatz

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

8.4.2 Voraussetzung

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

8.4.3 Auszahlung

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

8.5 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

8.5.1 Grundsatz

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

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.6.1 Verrechnung

Die Kasse kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person oder der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer verrechnen. Die versicherte Person, die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer haben gegenüber der Kasse kein Verrechnungsrecht.

8.6.2 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber der Kasse können ohne deren Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

8.6.3 Leistungsauszahlung

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

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

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

8.6.4 Verjährung

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

9 Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

9.1.1 Im Allgemeinen

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

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

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3 Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wie viel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. 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 der Kasse ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

9.2 Sozialversicherungen

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

9.3 Vorleistungen und Regress

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

9.4 Überversicherung

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

10 Kundenkarte

Die bei Sympany versicherten Personen erhalten von der Kasse die persönliche Kundenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern.

Im Übrigen gelten die entsprechenden Bedingungen der basis Versicherung.

11 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992.

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

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

Dritten gibt die Kasse nur dann Daten weiter, wenn die Weitergabe in direktem Zusammenhang mit der Durchführung des Vertrages steht. In anderen Fällen gibt die Kasse nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft.

Die Kasse bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen die Daten vor Unbefugten.

12 Mitteilungen

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

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

Alle Mitteilungen der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an die zuständige Geschäftsstelle der Kasse zu richten.

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

13 Gerichtsstand

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

14 Inkraftsetzung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB) treten am 1. Januar 2010 in Kraft. Sie ersetzen alle bisherigen Versicherungsbestimmungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Zahnärztliche Behandlung
1.1	Zweck	5.1	Weisheitszähne
1.2	Versicherungsträger	5.2	Leistungen für Kinder und Jugendliche
1.3	Gemeinsame Bestimmungen	5.3	Leistungen des Gemeinwesens
1.4	Versicherte Personen	5.4	Leistungserbringer und Tarif
1.5	Übertrittsrecht in analoge Versicherungsabteilungen	5.5	Behandlung im Ausland
1.6	Leistungsvoraussetzung		
1.7	Leistungen im Ausland	6	Alternativmedizin
2	Ärztliche Behandlung	6.1	Ärztliche Behandlung
2.1	Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes	6.2	Erfahrungsmedizinische Methoden
2.2	Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung	6.3	Alternative Therapeuten und Heilmethoden
2.3	Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung	6.4	Zusätzliche Leistungen privat zusatz
2.4	Ärztliche Behandlung im Ausland	6.5	Natürliche Heilmittel
2.4.1	Wahlbehandlung	6.6	Maximaler Leistungsbezug
2.4.2	Notfallbehandlung	6.7	Leistungsvoraussetzung
2.5	Leistungsdauer	7	Nichtpflichtmedikamente
3	Prävention	8	Thermalbäder
3.1	Impfungen	9	Psychotherapeutische Behandlung
3.2	Check-up-Untersuchung	9.1	Leistungsumfang
3.3	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	9.2	Leistungsvoraussetzung
3.4	Mutterschaft	9.3	Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung
3.4.1	Geburtsvorbereitung		
3.4.2	Stillgeld	10	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen
3.5	Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten	10.1	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
3.6	Weitere Präventivmassnahmen	10.1.1	Leistungsumfang
4	Hilfsmittel	10.1.2	Selbstbehalt
4.1	Sehhilfen	10.1.3	Suchaktionen
4.2	Übrige Hilfsmittel	10.1.4	Leistungen Dritter
		10.2	Fahrtspesen

11 casamed Variante

- 11.1 Allgemeines**
- 11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung**
- 11.3 Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung**
- 11.4 Spezialleistungen**
- 11.5 Andere Fachpersonen**
- 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente**
- 11.7 Weitere Leistungserbringer**
- 11.8 Notfälle**
- 11.9 Leistungsausschluss**
- 11.10 Leistungsabwicklung**
 - 11.10.1 Pauschalabrechnung
 - 11.10.2 Veranlasste Leistungen

12 Kostenbeteiligung

allgemeiner zusatz und privat zusatz

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

allgemeiner zusatz und privat zusatz erbringen Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und zahlen ein Stillgeld aus.

privat zusatz versichert ausserdem die nach KVG nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben. Im Weiteren erbringt er Beiträge an alternativmedizinische Leistungen im Ausland und an Fahrtspesen.

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

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (basis) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von allgemeiner zusatz, bzw. privat zusatz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von allgemeiner zusatz, bzw. privat zusatz den gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherte Personen

allgemeiner zusatz können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen. privat zusatz kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Übertrittsrecht in analoge Versicherungsabteilungen

Es besteht ein Übertrittsrecht von allgemein zusatz Versicherten in plus natura oder plus, von privat zusatz Versicherten in premium natura oder premium. Der Übertritt ist jeweils per 1. Januar des Folgejahres möglich und muss bis spätestens 30. September des laufenden Jahres angekündigt werden.

1.6 Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von der Kasse anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.7 Leistungen im Ausland

Die Leistungen aus privat zusatz werden – ausser in der casamed Variante und sofern im Einzelnen nicht anders geregelt – auch im Ausland ausgerichtet.

2 Ärztliche Behandlung

2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des

Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen von basis gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.3 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden aus privat zusatz maximal 50 Stunden gemäss KVG-Tarif erbracht.

2.4 Ärztliche Behandlung im Ausland

2.4.1 Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus privat zusatz die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für global Versicherte besteht volle Kostendeckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.4.2 Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus allgemeiner zusatz und privat zusatz im Nachgang zu den Leistungen aus basis die vollen Kosten gedeckt.

2.5 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von allgemeiner zusatz und privat zusatz nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Prävention

3.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden pro Kalenderjahr folgende Beiträge vergütet:

90%, bis höchstens CHF 200.–

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2 Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren aus basis folgender Beitrag geleistet:

allgemeiner zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 300.–
privat zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 600.–

3.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem

Kalenderjahr keine entsprechenden Leistungen aus einer KVG-Versicherung erbracht werden.

3.4 Mutterschaft

3.4.1 Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson wird pro Schwangerschaft maximal folgender Betrag entrichtet:

CHF 200.-

3.4.2 Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld von

CHF 250.-

Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Kassen-Stillgeldformular zu erbringen.

3.5 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag innert zwei Kalenderjahren geleistet:

allgemeiner zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 300.-
privat zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 500.-

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

3.6 Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

4 Hilfsmittel

4.1 Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen ab 18 innerhalb von 5 Kalenderjahren folgender Beitrag bezahlt:

allgemeiner zusatz	CHF 270.-
privat zusatz	CHF 420.-

Kindern bis 18 wird folgender Beitrag jährlich entrichtet:

allgemeiner zusatz	CHF 270.-
privat zusatz	CHF 420.-

4.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus basis keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation die Kosten vergütet werden:

50% der Kosten, maximal CHF 250.- pro Kalenderjahr

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

5 Zahnärztliche Behandlung

5.1 Weisheitszähne

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

5.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bis zu 25 Jahren besteht folgender Leistungsanspruch:

- An die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen wird folgender Betrag, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss, vergütet:

CHF 60.- pro Kalenderjahr

- An die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif:

allgemeiner zusatz	70% der Kosten, maximal CHF 5 000.-
privat zusatz	70% der Kosten, maximal CHF 12 000.-

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags. Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet Sympany auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei Sympany versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

5.3 Leistungen des Gemeinwesens

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

5.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

5.5 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

6 Alternativmedizin

6.1 Ärztliche Behandlung

Sympany vergütet aus allgemeiner zusatz und privat zusatz 90% der Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methoden der Alternativmedizin:

- anthroposophische Medizin,
- chinesische Medizin,
- Homöopathie,
- Neuraltherapie,
- Phytotherapie.

Voraussetzung ist eine anerkannte Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in der entsprechenden Methode.

6.2 Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation werden die Kosten erfahrungsmedizinischer, von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführter Methoden übernommen. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten in einer Liste fest.

6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

Sympany entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin resp. der Therapeut oder die Naturheilärztin resp. der Naturheilarzt von Sympany anerkannt sind. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

allgemeiner zusatz	bis maximal CHF 70.– pro Therapiestunde (60 Minuten)
privat zusatz	bis maximal CHF 100.– pro Therapiestunde (60 Minuten)

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die Listen der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten werden laufend angepasst oder ergänzt. Die Liste der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen resp. Therapeuten kann jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

Die Kasse legt gemäss medizinischer Notwendigkeit die Anzahl Stunden fest, an die Beiträge entrichtet werden.

6.4 Zusätzliche Leistungen privat zusatz

An die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Behandlungen wird aus dem privat zusatz folgender Beitrag pro Therapiestunde erbracht:

max. CHF 50.- pro Stunde und max. CHF 1000.- pro Kalenderjahr

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind gemäss den vorstehenden Bestimmungen bis maximal zu dem am Behandlungsort üblichen Tarif gedeckt.

6.5 Natürliche Heilmittel

Sympany erbringt 90% der Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus der basis gedeckt sind und nicht in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

6.6 Maximaler Leistungsbezug

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die

- Beitragshöhe pro Therapiestunde,
- Anzahl Therapiestunden,
- Liste der von Sympany anerkannten alternativen Therapiemethoden,

- Liste der von Sympany anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzte,
- Kostenbeteiligung bei ärztlicher Behandlung und natürlichen Heilmitteln,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

Für Therapieformen mit betraglichen Limiten wird kein zusätzlicher Selbstbehalt erhoben.

Die Gesamtlimiten im Bereich Alternativmedizin betragen maximal:

allgemeiner zusatz	CHF 3000.– pro Kalenderjahr
privat zusatz	CHF 6000.– pro Kalenderjahr

6.7 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärzten und Therapeuten. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

7 Nichtpflichtmedikamente

An die Kosten ärztlich verordneter Medikamente, die durch die Kasse und vom schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassen sind und 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 wie folgt übernommen:

allgemeiner zusatz	50%, bis maximal CHF 2500.–
privat zusatz	90%, bis maximal CHF 5000.–

8 Thermalbäder

An ärztlich verordnete Besuche von Thermalbädern wird pro Kalenderjahr ein Beitrag erbracht:

50%, maximal 12 Eintritte

9 Psychotherapeutische Behandlung

9.1 Leistungsumfang

Die Kasse erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbstständigen Praxisführung sind, Leistungen an bis zu 100 Behandlungsstunden:

An die ersten 50 Stunden maximal CHF 60.–

An die weiteren Stunden maximal CHF 50.–

9.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegebuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht.

Nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Anzahl Therapiestunden, spätestens jedoch nach Ablauf der ersten 50 Therapiestunden, hat die Therapeutin oder der Therapeut der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt erneut über Therapieverlauf und Therapieplanung zu berichten.

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

keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder einem anderen Psychologen resp. einer anderen Psychiaterin oder Psychiater erbracht.

9.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Psychotherapeutische Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen in basis aufgenommen und durch diese gedeckt werden.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

10.1 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

wird folgender Beitrag geleistet:

CHF 15 000.– pro Kalenderjahr

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

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person folgenden Beitrag als Selbstbehalt zu tragen:

CHF 100.–

10.1.3 Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen übernommen:

CHF 20 000.– pro Kalenderjahr

10.1.4 Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugschwadron 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 Fahrtspesen

allgemeiner zusatz und **privat zusatz** decken Kosten, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnortes für die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden kann.

90%, bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr

privat zusatz deckt Taxikosten, die für die während einer ambulanten Behandlung erforderlichen Transporte zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass es der versicherten Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, das öffentliche Verkehrsmittel oder ihr Privatfahrzeug zu benützen.

90%, bis maximal CHF 400.–* pro Kalenderjahr
*(Maximalbetrag inkl. Kosten für öffentliche Verkehrsmittel)

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die in der basis in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen von **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welcher die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

An Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten (inkl. Spitalärztinnen/-ärzten), die sich nicht dem KVG unterstellt haben, sowie bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland werden aus der casamed Variante von **privat zusatz** keine Leistungen erbracht.

11.4 Spezialleistungen

Die Kosten für Geburtsvorbereitung, Stillgelder, Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie bei zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen werden ohne Bezug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. ohne Konsultation der telemedizinischen Institution vergütet.

11.5 Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die aus **allgemeiner zusatz** oder **privat zusatz** gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente

Die Kasse kann die casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die in **allgemeiner zusatz** oder **privat zusatz** aufgezählten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Leistungen oder Nichtpflichtmedikamente zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder andere Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** gedeckt.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in einem Notfall in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit den casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen aus allgemeiner zusatz und privat zusatz pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. vom casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen das Mitglied durch den casamed Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen casamed Hausarztes einzuholen.

Die Kasse oder casamed Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie der optimalen Leistungskoordination und -prüfung.

Die Kasse stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

12 Kostenbeteiligung

Auf die Leistungen aus dieser Versicherungsabteilung wird, sofern sie nicht limitiert sind oder im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

Bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland (privat zusatz) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben.

Bei alternativmedizinischer Behandlung durch Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten kann für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Zahnärztliche Behandlung
1.1	Zweck	5.1	Weisheitszähne
1.2	Versicherungsträger	5.2	Leistungen für Kinder und Jugendliche
1.3	Gemeinsame Bestimmungen	5.3	Leistungen des Gemeinwesens
1.4	Versicherte Personen	5.4	Leistungserbringer und Tarif
1.5	Leistungsvoraussetzung	5.5	Behandlung im Ausland
1.6	Leistungen im Ausland		
2	Ärztliche Behandlung	6	Alternativmedizin
2.1	Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes	6.1	Maximale Gesamtlite
2.2	Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung	6.2	Ärztliche Behandlung
2.3	Ärztliche Behandlung im Ausland	6.3	Alternative Therapeuten und Heilmethoden
2.3.1	Wahlbehandlung	6.4	Leistungen im Ausland
2.3.2	Notfallbehandlung	6.5	Natürliche Heilmittel
2.3.3	Leistungsdauer	6.6	Leistungseinschränkungen
		6.7	Leistungsvoraussetzung
3	Prävention	7	Nichtpflichtmedikamente
3.1	Impfungen		
3.2	Check-up-Untersuchung	8	Thermalbäder
3.3	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung		
3.4	Mutterschaft	9	Psychotherapeutische Behandlung
3.4.1	Geburtsvorbereitung	9.1	Leistungsumfang
3.4.2	Stillgeld	9.2	Leistungsvoraussetzung
3.5	Fit werden	9.3	Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung
3.6	Fit bleiben		
4	Hilfsmittel	10	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen
4.1	Sehhilfen	10.1	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
4.2	Übrige Hilfsmittel	10.1.1	Leistungsumfang
		10.1.2	Selbstbehalt
		10.1.3	Leistungen Dritter
		10.2	Fahrtspesen

Inhaltsverzeichnis

11	casamed Variante
11.1	Allgemeines
11.2	Allgemeine Leistungsvoraussetzung
11.3	Behandlungen im Ausland durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
11.4	Spezialleistungen
11.5	Andere Fachpersonen
11.6	Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente
11.7	Weitere Leistungserbringer
11.8	Notfälle
11.9	Leistungsausschluss
11.10	Ausschluss
11.11	Leistungsabwicklung
11.11.1	Pauschalabrechnung
11.11.2	Veranlasste Leistungen
12	Kostenbeteiligung

plus und premium

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

plus, plus natura, premium und premium natura erbringen Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Prophylaxe und Zahnstellungskorrekturen bei Kindern, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und vergüten ein Stillgeld.

premium erbringt die Leistungen grundsätzlich auch im Ausland. Ausserdem versichert premium auch die nach KVG nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben.

Die Varianten natura erbringen erhöhte Leistungen im Bereich Alternativmedizin. Sofern nicht anders vermerkt, entsprechen die Leistungen und Bestimmungen von plus natura jenen von plus, die von premium natura jenen von premium.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen dieser AVB erbracht. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (basis) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger sind die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von plus bzw. premium. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von plus bzw. premium den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherte Personen

plus können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen. premium kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von der Kasse anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.6 Leistungen im Ausland

Die Leistungen aus premium werden – ausser in der casamed Variante und sofern im Einzelnen nicht anders geregelt – auch im Ausland ausgerichtet.

2 Ärztliche Behandlung

2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen von basis gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

premium erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten und an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem KVG-Tarif.

2.3 Ärztliche Behandlung im Ausland

2.3.1 Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus premium die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für global Versicherte besteht volle Kostendeckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

2.3.2 Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus plus und premium im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten gedeckt.

2.3.3 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von plus und premium nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Prävention

3.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden pro Kalenderjahr folgende Beträge vergütet:

80%, bis max. CHF 220.–

Dabei werden keine Leistungen an Impfungen erbracht, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2 Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren bei basis folgender Beitrag geleistet:

plus	maximal CHF 300.–
premium	maximal CHF 600.–

3.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine entsprechenden Leistungen aus einer KVG-Versicherung erbracht werden.

3.4 Mutterschaft

3.4.1 Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson wird pro Schwangerschaft maximal folgender Betrag entrichtet:

CHF 200.–

3.4.2 Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Kassen-Stillgeldformular zu erbringen.

CHF 250.–

3.5 Fit werden

An die ausgewiesenen Kosten eines von der Kasse anerkannten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag geleistet:

plus	maximal CHF 150.– pro Kalenderjahr
premium	maximal CHF 250.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Kurse und Institutionen zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse und Institutionen wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

3.6 Fit bleiben

Für weitere anerkannte Präventivmassnahmen wie Sport, Fitness und Entspannungskurse können folgende Beträge ausgerichtet werden:

plus	maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr
premium	maximal CHF 300.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

4 Hilfsmittel

4.1 Sehhilfen

An Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden, wird folgender Beitrag ausgerichtet:

plus	insgesamt CHF 270.– innerhalb von 3 Kalenderjahren
premium	insgesamt CHF 420.– innerhalb von 3 Kalenderjahren

An Kinder bis zu 18 Jahren wird folgender Beitrag ausgerichtet:

plus	insgesamt CHF 270.– pro Kalenderjahr
premium	insgesamt CHF 420.– pro Kalenderjahr

4.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus basis keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation die Kosten vergütet werden.

50%, bis max. CHF 250.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

5 Zahnärztliche Behandlung

5.1 Weisheitszähne

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

5.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bis zu 25 Jahren besteht folgender Leistungsanspruch:

An die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen wird folgender Beitrag, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss, vergütet:

CHF 60.– pro Kalenderjahr

An die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung gemäss anerkanntem Tarif:

plus	70%, bis maximal CHF 10 000.–
premium	70%, bis maximal CHF 15 000.–

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens zwei Jahren erbracht. Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet der Versicherte auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei Sympany versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags.

5.3 Leistungen des Gemeinwesens

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

5.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

5.5 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

6 Alternativmedizin

6.1 Maximale Gesamtlimite

Im Bereich Alternativmedizin gelten für ärztliche Behandlungen, anerkannte Therapiemethoden und natürliche Heilmittel insgesamt folgende Gesamtlimite:

plus	CHF 3 000.– pro Kalenderjahr
plus natura	CHF 6 000.– pro Kalenderjahr
premium	CHF 6 000.– pro Kalenderjahr
premium natura	CHF 10 000.– pro Kalenderjahr

6.2 Ärztliche Behandlung

plus und premium vergüten 80% der Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methoden der Alternativmedizin:

- anthroposophische Medizin,
- chinesische Medizin,
- Homöopathie,
- Neuraltherapie,
- Phytotherapie,
- erfahrungsmedizinische Methoden.

Voraussetzung ist der anerkannte Fähigkeitsausweis der Ärztinnen und Ärzte in der entsprechenden Methode. Die Kasse bezeichnet die anerkannten erfahrungsmedizinischen Methoden, Tarife und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Methoden, Tarife und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

plus und premium entrichten Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin respektive der Therapeut oder die Naturheilärztin respektive der Naturheilarzt von der Kasse anerkannt ist. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

plus und premium	50% der ausgewiesenen Kosten
plus natura und premium natura	80% der ausgewiesenen Kosten

Zusätzlich werden aus plus natura und premium natura an die ausgewiesenen Kosten nicht anerkannter Methoden, welche durch qualifizierte Personen vorgenommen werden, folgende Beiträge erbracht:

plus natura	50%, bis insgesamt maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr
premium natura	50%, bis insgesamt maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Therapieformen, Therapeutinnen respektive Therapeuten und Leistungslimiten.

Die Kasse kann die Anzahl Therapiesitzungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit festlegen.

Die Liste der anerkannten Therapieformen, Therapeutinnen respektive Therapeuten und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

6.4 Leistungen im Ausland

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind aus plus natura und premium natura gemäss den vorstehenden Bestimmungen zu dem am Behandlungsort üblichen Tarif gedeckt.

6.5 Natürliche Heilmittel

plus und premium erbringen 80% der Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus basis gedeckt sind und nicht in der Negativliste (NL) der Kasse enthalten sind.

6.6 Leistungseinschränkungen

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch:

- Gesamtlimite,
- Leistungslimiten (Anzahl der Therapiesitzungen, Höchstbetrag pro Therapiestunde, Tarif),
- Liste der von der Kasse anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der von der Kasse anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten respektive Naturärztinnen und Naturärzte,
- Kostenbeteiligungen,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

6.7 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärzten und Therapeuten. Die Kasse kann die Leistungen ablehnen, wenn die versicherte Person gleichzeitig für dieselbe Krankheit bereits Leistungen für eine alternativmedizinische Behandlung aus dieser oder einer anderen Versicherungsabteilung bezieht.

7 Nichtpflichtmedikamente

An die Kosten ärztlich verordneter Medikamente, die durch die Kasse und vom Schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassen sind und weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) der Kasse enthalten sind, wird folgender Beitrag geleistet:

plus	80%, bis maximal CHF 3000.– pro Kalenderjahr
premium	80%, bis maximal CHF 6000.– pro Kalenderjahr

8 Thermalbäder

An ärztlich verordnete Besuche von Thermalbädern wird pro Kalenderjahr folgender Beitrag erbracht:

50%, maximal 12 Eintritte

9 Psychotherapeutische Behandlung

9.1 Leistungsumfang

Die Versicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbstständigen Praxisführung sind, folgende Beiträge:

plus	50%, bis maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr
premium	50%, bis maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr

9.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegebuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, der Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren wer-

den keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder einem anderen Psychologen respektive einer anderen Psychiaterin oder einem anderen Psychiater erbracht.

9.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Psychotherapeutische Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur so lange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen in die basis Versicherung aufgenommen und durch diese gedeckt werden.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

10.1 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
 - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs-, Bergungs- und Suchaktionen
- wird insgesamt folgender Betrag geleistet:

CHF 40 000.– pro Kalenderjahr

Für hospita Versicherte werden die Kosten für Notfalltransporte, Rücktransporte und Rettungsaktionen, die von der 24h Notfall Helpline organisiert wurden, voll übernommen.

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

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person folgenden Selbstbehalt zu tragen:

CHF 200.–

10.1.3 Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugschwarm 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 Fahrtspesen

Kann eine ärztliche Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden und ist deshalb eine regelmässige Behandlung ausserhalb des Wohnortes notwendig, wird folgender Beitrag an die Fahrtspesen geleistet:

plus	bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr
premium	bis maximal CHF 400.– pro Kalenderjahr

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die in der basis Versicherung in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen von plus und premium werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welchem respektive welcher die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Behandlungen im Ausland durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

An Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten (inkl. Spitalärztinnen/-ärzten), die sich nicht dem KVG unterstellt haben, sowie bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland werden aus der casamed Variante von premium keine Leistungen erbracht.

11.4 Spezialleistungen

Die Kosten für Geburtsvorbereitung, Stillgelder, Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie bei zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen werden ohne Bezug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes respektive ohne Konsultation der telemedizinischen Institution vergütet.

11.5 Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die aus plus oder premium gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente

Die Kasse kann die casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die bei plus oder premium aufgezählten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Leistungen oder Nichtpflichtmedikamente zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder andere Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von plus gedeckt.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in einem Notfall in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

11.10 Ausschluss

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

11.11 Leistungsabwicklung

11.11.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit den casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen aus plus und premium pauschalisiert abgegolten werden.

11.11.2 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin respektive vom casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen die versicherte Person durch den casamed Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen casamed Hausarztes einzuholen.

Die Kasse oder casamed Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie einer optimalen Leistungskoordination und -prüfung.

Die Kasse stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

12 Kostenbeteiligung

Auf die Leistungen aus dieser Versicherungsabteilung wird, sofern sie nicht limitiert sind oder im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, ein Selbstbehalt von 10% erhoben. Bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland (premium) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	4	Besondere Leistungen
1.1	Zweck	4.1	Haushaltshilfe
1.2	Versicherungsträger	4.1.1	Grundsatz
1.3	Gemeinsame Bestimmungen	4.1.2	Leistungsumfang
1.4	Versicherungsabschluss	4.1.3	Leistungserbringer
1.5	Leistungsvoraussetzung	4.2	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
1.5.1	Allgemeines	4.3	Rooming-in
1.5.2	Akutspital	4.4	Kinderhütendienst
1.5.3	Spitalliste	4.4.1	Grundsatz
1.5.4	Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung	4.4.2	Leistungsvoraussetzungen
1.6	Unfalldeckung	4.4.3	Leistungsumfang
1.7	Versicherungsmöglichkeiten	4.5	Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)
1.7.1	Leistungsstufen	4.5.1	Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten/Ärztinnen und Ärzten ohne KVG-Unterstellung
1.7.2	Spitäler mit anerkanntem Tarif	4.5.2	Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland
1.7.3	Vertragsspitäler bei hospita komfort		
1.7.4	Fehlende Kriterien, Maximaltarife		
1.7.5	Einteilung der Spitäler		
2	Stationäre Behandlung	5	Mutterschaft
2.1	Akutbehandlung	5.1	Kosten der stationären Behandlung
2.1.1	Leistungsvoraussetzung	5.2	Geburt in Geburtshaus
2.1.2	Leistungsumfang	5.3	Haushaltshilfe nach Geburt
2.1.3	Behandlung in einer höheren Spitalabteilung	5.3.1	Grundsatz
2.1.4	Behandlung in einem Nichtlistenspital	5.3.2	Geburt im Spital
2.1.5	Behandlung in einem Nichtvertragsspital	5.3.3	Hausgeburt
2.2	Langzeitbehandlung	5.4	hospita privat unfall
2.2.1	Definition		
2.2.2	Leistungsumfang		
2.3	Stationäre Rehabilitation	6	Unfallzusatz
2.4	Psychiatrische Kliniken		
2.5	Leistungen im Ausland	7	casamed Variante
2.5.1	Bei Notfällen	7.1	Allgemeines
2.5.2	Wahlbehandlung im Ausland	7.2	Leistungsstufen
2.5.3	Vorgehen bei Spitalaufenthalt	7.3	Allgemeine Leistungsvoraussetzung
3	Kuren	7.4	Spitalwahl
3.1	Erholungskuren	7.5	Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte
3.2	Badekuren	7.6	Notfälle
3.3	Andere Kuren	7.7	Leistungsausschluss
3.4	Vorgehen bei Kuraufenthalt	7.8	Ausschluss

8 hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

- 8.1 Grundsatz**
- 8.2 Beobachtungsperiode**
- 8.3 Rabattstufen**
- 8.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit**
- 8.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug**
- 8.6 Mutterschaftsleistungen**
- 8.7 Höherversicherung**

9 Kostenbeteiligung hospita flex

- 9.1 Umfang der Kostenbeteiligung**
- 9.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien**

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

Die hospita Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im Weiteren Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die Leistungen von hospita werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (basis) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch basis oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von hospita. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von hospita den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherungsabschluss

hospita kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden. hospita privat unfall kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- plus, plus natura, premium, premium natura,
- allgemeiner zusatz, privat zusatz.

1.5 Leistungsvoraussetzung

1.5.1 Allgemeines

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

1.5.2 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, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern, notwendig sind.

1.5.3 Spitalliste

Spitalbehandlungen müssen in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind reduzierte Leistungen versichert.

1.5.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.6 Unfalldeckung

In der hospita Versicherung (ausgenommen hospita privat unfall) kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

hospita privat unfall bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.7 Versicherungsmöglichkeiten

1.7.1 Leistungsstufen

In der hospita Versicherung werden folgende Leistungsstufen geführt:

hospita allgemein: allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

hospita halbprivat: halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer).

hospita privat: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer).

hospita privat unfall:

- notfallmässige Behandlung bei Unfall: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt.
- Behandlung von Unfallfolgen: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz bei Unfall.

hospita global: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt (Einbettzimmer).

hospita flex: allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

hospita komfort: medizinische Akutbehandlung und -betreuung in Komfortvertragsspital analog hospita allgemein (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt. Die Leistungsstufe hospita komfort kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

1.7.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif

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

1.7.3 Vertragsspitäler bei hospita komfort

Als Vertragsspital gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste dieser Vertragsspitäler. Sie wird laufend angepasst und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

1.7.4 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Die Kasse kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherten Spitalabteilungen dienen. Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif.

Die von der Kasse allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

1.7.5 Einteilung der Spitäler

Spitäler, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate, bzw.

lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen, werden bei der Kasse auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2 Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

hospita erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von basis ist.

2.1.2 Leistungsumfang

hospita übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Kosten bei Spitalaufenthalten für diejenige Abteilung, welche gemäss gewählter Versicherungsstufe versichert ist.

Nicht versichert ist die bei basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt.

hospita allgemein: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus hospita eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 30.– pro Tag

hospita halbprivat: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus hospita eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 120.– pro Tag

hospita komfort: Den versicherten Personen, die mit hospita komfort eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines Komfortvertragsspitals diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

Erfolgen Behandlung und Aufenthalt von hospita komfort Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Komfortvertragsspitals, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

hospita allgemein/komfort	eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag
hospita halbprivat/privat/ privat unfall/flex	die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären
hospita privat unfall (Notfall) / global	volle Kostendeckung

2.1.5 Behandlung in einem Nichtvertragsspital

Erfolgt die Behandlung von hospita komfort Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der von der Kasse geführten Liste der Komfortvertragsspitaler aufgeführt ist, so sind die Leistungen höchstens gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfortvertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

2.2 Langzeitbehandlung

2.2.1 Definition

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

2.2.2 Leistungsumfang

hospita richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung einer chronisch kranken Person den Aufenthalt in einem dafür geeigneten und anerkannten Spital erfordert oder
- ein Aufenthalt in einem Akutspital die Eigenschaft einer Langzeitbehandlung für Chronischkranke annimmt. In diesem Fall kann der Versicherer seine Leistungen nach einmonatiger Voranzeige herabsetzen. Die Spitaltage werden dabei ab Voranzeigedatum an die Leistungsdauer angerechnet:

	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 50.–	CHF 25.–
hospita privat/privat unfall	CHF 70.–	CHF 35.–
hospita global	CHF 90.–	CHF 45.–

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während dreier Kalenderjahre einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der hospita Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem von der Kasse anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt hospita für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

2.4 Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt hospita die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus hospita privat unfall werden keine Leistungen entrichtet.

Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet:

	Ab 91. bis 180. Tag
hospita allgemein/komfort	CHF 20.–
hospita halbprivat/flex	CHF 50.–
hospita privat	CHF 70.–
hospita global	CHF 90.–

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der hospita Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5 Leistungen im Ausland

2.5.1 Bei Notfällen

hospita übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der versicherten 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

Die Leistungen von hospita global werden auch erbracht, wenn sich die versicherte Person mit der Absicht ins Ausland begibt, sich dort behandeln zu lassen. Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nichtlistenspital erbracht.

2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt, ein Kostengutsprachege such einzureichen.

3 Kuren

3.1 Erholungskuren

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

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet hospita während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 40.-/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 70.-/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 90.-/Tag
hospita global	CHF 110.-/Tag

3.2 Badekuren

hospita erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 10.-/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 20.-/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 30.-/Tag
hospita global	CHF 40.-/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den von der Kasse anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behandelt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

Die Kasse kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangen.

3.3 Andere Kuren

Auf Antrag der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes der Kasse 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 der Kasse 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 Haushaltshilfe

4.1.1 Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet hospita auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an Haushaltshilfen aus, sofern gesundheitliche, häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2 Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt hospita einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer fehlt.

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 20.-/Tag, max. CHF 280.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 35.-/Tag, max. CHF 490.-
hospita privat/privat unfall	bis CHF 45.-/Tag, max. CHF 630.-
hospita global	bis CHF 55.-/Tag, max. CHF 770.-

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, sind die doppelten Beiträge versichert.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

4.1.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person besorgt.

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

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

4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

werden insgesamt folgende Beiträge aus hospita geleistet:

hospita allgemein/komfort	CHF 10 000.-/pro Kalenderjahr
hospita halbprivat/flex	CHF 30 000.-/pro Kalenderjahr
hospita privat/privat unfall	CHF 50 000.-/pro Kalenderjahr
hospita global	unbegrenzt

Für plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz Versicherte werden die Kosten für Notfalltransporte, Rücktransporte und Rettungsaktionen, die von der 24h Notfall Helpline organisiert wurden, voll übernommen. Von der Leistung ausgenommen ist die Deckung des Selbstbehaltes in den Versicherungsabteilungen plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz.

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 Rooming-in

Muss ein Kleinkind stationär behandelt werden, vergütet hospita aus der Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes einen Anteil der Kosten.

50%, bis max. CHF 50.- pro Tag

Muss ein Elternteil stationär behandelt werden, vergütet hospita aus der Versicherung des Elternteils den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes im Zimmer des Elternteils.

50%, bis max. CHF 50.- pro Tag

4.4 Kinderhütedienst

4.4.1 Grundsatz

hospita des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer von der Kasse anerkannten Institution durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr. Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen der Kasse und dieser Institution.

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurteilung der anerkannten Institution der Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch beauftragtes Fachpersonal beschränkt. Einen Anspruch auf die Leistungen haben Kinder, sofern die erziehungsberechtigten Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

4.4.3 Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet hospita des versicherten Kindes folgende Beiträge:

Bis CHF 30.- pro Stunde, max. CHF 600.- pro Kalenderjahr

4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)

4.5.1 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten/Ärztinnen und Ärzten ohne KVG-Unterstellung

Sofern die versicherte Person nicht über premium oder privat zusatz gedeckt ist, erbringt hospita privat unfall an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-

ärztinnen und -ärzten und an Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem KVG-Tarif.

4.5.2 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über premium oder privat zusatz gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus hospita privat unfall im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten gedeckt.

5 Mutterschaft

5.1 Kosten der stationären Behandlung

hospita deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

Ist das Neugeborene nicht bei Sympany versichert, übernimmt hospita der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht bei Sympany versichert, übernimmt hospita des Neugeborenen dessen ungedeckten Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von der Kasse anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden folgende Leistungen erbracht:

hospita allgemein/komfort	90%, bis max. CHF 1 000.- pro Geburt
hospita halbprivat/flex	90%, bis max. CHF 2 000.- pro Geburt
hospita privat/global	volle Kostendeckung

Für hospita flex Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von hospita flex.

5.3 Haushalthilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

hospita entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal. Sie werden anstelle der ordentlichen hospita Spitex-Leistungen ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese Beiträge ausgerichtet, wenn die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

5.3.2 Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 560.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 70.-/Tag, max. CHF 980.-
hospita privat	bis CHF 90.-/Tag, max. CHF 1 260.-
hospita global	bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1 540.-

5.3.3 Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 840.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 105.-/Tag, max. CHF 1 470.-
hospita privat	bis CHF 135.-/Tag, max. CHF 1 890.-
hospita global	bis CHF 165.-/Tag, max. CHF 2 310.-

5.4 hospita privat unfall

Aus hospita privat unfall werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-in).

6 Unfallzusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen 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 casamed Variante

7.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die in der basis Versicherung in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

7.2 Leistungsstufen

Für casamed Versicherte werden die Leistungsstufen hospita allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, flex und komfort geführt.

7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen von hospita allgemein, halbprivat, privat, flex und komfort werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welchem bzw. welcher die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

7.4 Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Bei casamed Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes übernommen.

7.6 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von hospita allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, flex und komfort gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

7.7 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

7.8 Ausschluss

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

8 hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

8.1 Grundsatz

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

8.2 Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

8.3 Rabattstufen

In der Versicherungsabteilung hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR hospita	Prämie mit Leistungsfreiheitsrabatt hospita
0	Prämie ordentl. hospita +20%
1	Prämie ordentl. hospita
2	Prämie ordentl. hospita -30%

Die Prämie von hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Der Versicherer kann auf Beginn einer neuen Versicherungsperiode neue Rabattstufen einführen, respektive die Rabatte der Kostenentwicklung entsprechend anpassen.

8.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während dreier aufeinanderfolgender Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt bei hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe mit dem maximalen Rabatt befindet.

8.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlauf einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

8.6 Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft und Haushaltshilfe nach Geburt zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

8.7 Höherversicherung

Ein Wechsel von hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt zur ordentlichen hospita Versicherung ist nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Ausgenommen sind Versicherte in der Stufe mit maximalem Rabatt und ohne Leistungsbezug in der aktuellen Beobachtungsperiode.

9.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Mit hospita flex kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Spitaleintritt selbst wählen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung ist gleichzeitig die Kostenbeteiligung bestimmt.

Bei Spitalbehandlung wird auf die Leistungen von hospita flex je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

Behandlungsabteilung	Kostenbeteiligung für Leistungen aus hospita flex
Allgemeine Abteilung	keine
Halbprivate Abteilung	15%, bis max. CHF 1 500.- pro Kalenderjahr
Private Abteilung	25%, bis max. CHF 4 500.- pro Kalenderjahr

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die Kostenbeteiligung entfällt, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen aus hospita Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen von hospita im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung von basis wird zusätzlich erhoben.

9.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, nach hospita flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Maximalbetrag übersteigen, zurückgefordert werden.

Maximalbetrag CHF 4 500.- pro Kalenderjahr

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Assistance im Ausland
1.1	Zweck	5.1	Zusätzliche Assistance-Leistungen
1.2	Versicherungsträger	5.2	Besuchsreise und Extrarückreise
1.3	Gemeinsame Bestimmungen	5.3	Kostenvorschuss an ein Spital
1.4	Versicherte Personen	5.4	Benachrichtigung von Personen zu Hause
1.5	Automatischer Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist	5.5	Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland
1.6	Vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist	5.6	Medizinische Beratung durch Ärzte
1.7	Leistungsvoraussetzung	5.7	Leistungsausschlüsse
1.7.1	Allgemeines	5.8	Pflichten im Schadenfall
1.7.2	Akutspital	5.8.1	Benachrichtigung der 24h Notfall Helpline
1.7.3	Spitalliste	5.8.2	Entbindung von der Schweigepflicht
1.7.4	Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung	5.8.3	Geltendmachung des Anspruchs
1.7.5	Spitäler mit anerkanntem Tarif	5.8.4	Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts
1.7.6	Fehlende Kriterien, Maximaltarife		
2	Ambulante Behandlung	6	Unfallzusatz
2.1	Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes	7	Prävention
2.2	Notfallbehandlung im Ausland	7.1	Impfungen
2.3	Leistungsdauer	7.2	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
3	Stationäre Behandlung	7.3	Fit werden
3.1	Akutbehandlung	7.4	Fit bleiben
3.1.1	Leistungsumfang	8	Hilfsmittel
3.1.2	Behandlung in einer höheren Spitalabteilung	8.1	Sehhilfen
3.1.3	Behandlung in einem Nichtlistenspital	8.2	Übrige Hilfsmittel
3.2	Stationäre Rehabilitation	9	Zahnärztliche Behandlung/Weisheitszähne
3.3	Psychiatrische Kliniken	9.1	Allgemeines
3.4	Leistungen im Ausland bei Notfällen	9.2	Leistungserbringer und Tarif
3.5	Teilstationäre Behandlung	9.3	Behandlung im Ausland
4	Mutterschaft		
4.1	Kosten der stationären Behandlung		
4.2	Geburt in Geburtshaus		

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

- 10.1.1 Leistungsumfang
- 10.1.2 Selbstbehalt
- 10.1.3 Leistungen Dritter

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

11.3 Spezialleistungen

11.4 Spitalwahl

11.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

11.6 Andere Fachpersonen

11.7 Weitere Leistungserbringer

11.8 Notfälle

11.9 Leistungsausschluss

11.9.1 Ausschluss

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

11.10.2 Veranlasste Leistungen

12 salto Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

12.1 Grundsatz

12.2 Beobachtungsperiode

12.3 Rabattstufen

12.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

12.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

12.6 Mutterschaftsleistungen

12.7 Höherversicherung

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

salto versichert ungedeckte Kosten von ambulanten und stationären Behandlungen sowie Notfällen im Ausland.

salto erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Impfungen, Hilfsmittel, Weisheitszahnextraktionen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und an Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten.

salto übernimmt zudem die ungedeckten Kosten für ausserkantonale Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Ausserdem erbringt salto Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen im Ausland bei Krankheit, Unfall, frühzeitiger Geburt sowie Servicedienstleistungen während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts.

Die Leistungen von salto werden im Nachgang zu allen anderen bei Sympany abgeschlossenen Versicherungsabteilungen erbracht.

salto erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (basis). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. basis bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von salto. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von salto den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherte Personen

salto kann ab Beginn des 19. Altersjahres bis zum vollendeten 30. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Automatischer Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist

salto erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 32. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres. Beim automatischen Übertritt ist keine neue Gesundheitsdeklaration erforderlich, wobei aber bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen unverändert weitergeführt werden.

1.6 Vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist

Ein vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen plus, hospita allgemein und tourist ist jeweils ohne neue Gesundheitsdeklaration per 1. Januar eines Jahres möglich. Gleiches Übertrittsrecht gilt für den Wechsel in die mondial Versicherung, wobei dieser unterjährig erfolgen kann.

Auch bei Schwangerschaft ist der Übertritt bzw. Wechsel unterjährig möglich. Bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen werden unverändert weitergeführt.

1.7 Leistungsvoraussetzung

1.7.1 Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von der Kasse anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

Bei stationärer Behandlung werden Leistungen nur ausgerichtet, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von basis ist und wenn die Behandlung in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.7.2 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, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern, notwendig sind.

1.7.3 Spitalliste

Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind. Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind reduzierte Leistungen versichert.

1.7.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.7.5 Spitäler mit anerkanntem Tarif

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

1.7.6 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann in diesem Fall für die allgemeine Abteilung Maximaltarife festlegen, die sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif richten.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

2 Ambulante Behandlung

2.1 Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen von basis gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Notfallbehandlung im Ausland

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus salto im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten gedeckt.

2.3 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von salto nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Stationäre Behandlung

3.1 Akutbehandlung

3.1.1 Leistungsumfang

salto deckt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Leistungsstufe Allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

Nicht versichert ist die bei basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

3.1.2 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären, gedeckt. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus salto eine Pauschale ausgerichtet.

CHF 30.– pro Tag

3.1.3 Behandlung in einem Nichtlistenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so ist höchstens eine Pauschale gedeckt.

CHF 30.– pro Tag

3.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt salto für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

3.3 Psychiatrische Kliniken

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

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht.

3.4 Leistungen im Ausland bei Notfällen

salto übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten einer notfallmässigen stationären Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes. Fallen höhere Kosten an, übernimmt salto zusätzliche Leistungen aus Assistance.

Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr. Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse

sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt, ein Kostengutsprachege such einzureichen.

3.5 Teilstationäre Behandlung

Kann eine in der Regel stationär durchgeführte Operation teilstationär erfolgen, übernimmt salto auf Antrag die den Kassentarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG übersteigenden Kosten.

Gedeckt ist in jedem Fall höchstens derjenige Arzttarif, der bei stationärer Behandlung der versicherten Person auf der versicherten Abteilung erhoben worden wäre.

Die Gesamtkosten müssen für den Versicherer im Vergleich zur stationären Behandlung tiefer liegen.

4 Mutterschaft

4.1 Kosten der stationären Behandlung

salto deckt die von basis nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz, für die Mutter.

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, übernimmt die Versicherungsabteilung salto der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz.

4.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von der Kasse anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden aus salto pro Geburt folgende Beiträge erbracht:

90%, bis max. CHF 1000.–

5 Assistance im Ausland

5.1 Zusätzliche Assistance-Leistungen

Bei Reisen bis zu 100 Tagen pro Kalenderjahr werden ab Reiseantritt an stationäre Behandlungen, Besuchsreisen und Extrarückreisen, Transportkosten und Rettungsaktionen Beiträge aus Assistance an die ungedeckten Kosten übernommen.

Max. CHF 50000.–

Ausgenommen davon sind Kostenbeteiligungen und Selbstbehalte.

5.2 Besuchsreise und Extrarückreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und während mehr als 7 Tagen hospitalisiert werden muss, organisiert und bezahlt der Versicherer eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse).

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die 24h Notfall Helpline die Extrarückreise von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthaltes die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die 24h Notfall Helpline die Extrarückreise der versicherten Person, von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

5.3 Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten.

Bis zu CHF 20 000.–

Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die 24h Notfall Helpline Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person und informiert diese über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

5.5 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die 24h Notfall Helpline vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die 24h Notfall Helpline Übersetzungshilfe.

5.6 Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der 24h Sympany Helpline medizinische Beratung.

Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

5.7 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den Leistungsbeschränkungen aus den gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

- für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben respektive deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar war und für welche eine medizinische Behandlung absehbar war,
- wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
- wenn die 24h Notfall Helpline zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extrarückreise nicht vorgängig seine Zustimmung erteilt hat.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadenereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und deren Durchführung nicht verlangt werden.

5.8 Pflichten im Schadenfall

5.8.1 Benachrichtigung der 24h Notfall Helpline

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und im Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die 24h Notfall Helpline zu benachrichtigen.

5.8.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der 24h Notfall Helpline bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.8.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte und leserliche Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemäsem Ermessen.

5.8.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbillets sind unaufgefordert der Kasse einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann der Versicherer einen nach pflichtgemäsem Ermessen festgelegten Betrag vom betreffenden Versicherten zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6 Unfallzusatz

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

Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7 Prävention

7.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden folgende Beiträge vergütet:

90% der effektiven Kosten, max. CHF 220.– pro Kalenderjahr

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

7.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine entsprechenden Leistungen aus einer KVG-Versicherung erbracht werden.

Auf diese Leistung wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7.3 Fit werden

An die ausgewiesenen Kosten eines von der Kasse anerkannten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird aus salto folgender Beitrag geleistet:

CHF 150.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

7.4 Fit bleiben

Für weitere anerkannte Präventivmassnahmen wie Sport, Fitness und Entspannungskurse können Beiträge ausgerichtet werden.

Insgesamt max. CHF 200.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

8 Hilfsmittel

8.1 Sehhilfen

An Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden, wird folgender Beitrag ausgerichtet:

CHF 420.– innerhalb von 3 Kalenderjahren

8.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- und Kaufpreise von notwendigen, dem Gesundheitszustand angepassten Hilfsmitteln, an die aus basis keine Leistungen erbracht werden, können auf ärztliche Verordnung Kosten vergütet werden.

50%, bis max. CHF 250.– pro Kalenderjahr

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

9 Zahnärztliche Behandlung/Weisheitszähne

9.1 Allgemeines

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen. Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

9.2 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

9.3 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
 - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs-, Bergungs- und Suchaktionen
- wird insgesamt folgender Beitrag geleistet:

CHF 40 000.– pro Kalenderjahr

Fallen höhere Kosten an, übernimmt salto an Transportkosten und Rettungsaktionen zusätzliche Leistungen aus Assistance.

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

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person folgenden Selbstbehalt zu tragen:

CHF 100.–

10.1.3 Leistungen Dritter

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

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die in der basis in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen aus salto werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei dem/der die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Spezialleistungen

Die Transportkosten, Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Weisheitszahnextraktionen sowie die Zusatzdienstleistungen im Ausland werden ohne Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

11.4 Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Bei casamed Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen,

werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes übernommen.

11.6 Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die bei salto gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherte weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von salto gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

11.9.1 Ausschluss

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherte oder die Kasse kann mit den casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen von salto pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse nötigenfalls vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. vom casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

12 salto Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

12.1 Grundsatz

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

12.2 Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

12.3 Rabattstufen

In der Versicherungsabteilung salto mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR salto	Prämie Leistungsfreiheitsrabatt salto
0	Prämie ordentl. salto +20%
1	Prämie ordentl. salto
2	Prämie ordentl. salto -30%

Die Prämie von salto mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Der Versicherte kann auf Beginn der neuen Versicherungsperiode neue Rabattstufen einführen, respektive die Rabatte der Kostenentwicklung anpassen.

12.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während dreier aufeinanderfolgender Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt bei salto mit Leistungsfreiheitsrabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe mit dem maximalen Rabatt befindet.

12.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

12.6 Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

12.7 Höherversicherung

Ein Wechsel von salto mit Leistungsfreiheitsrabatt zur ordentlichen salto Versicherung ist nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Ausgenommen sind Versicherte in der Stufe mit maximalem Rabatt und ohne Leistungsbezug in der aktuellen Beobachtungsperiode.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Zweck
1.2	Versicherungsträger
1.3	Gemeinsame Bestimmungen
1.4	Abschluss und Dauer der Versicherung
1.4.1	Neuabschluss
1.4.2	Wechsel in mondial
1.4.3	Übertrittsrecht
2	Versicherungsmöglichkeiten
2.1	Allgemeines
2.2	Ausschluss der Unfalldeckung
2.3	Franchise und Selbstbehalt
3	Leistungen
3.1	Grundsatz
3.2	Behandlung im Wohnstaat bzw. im Ausland
4	Mitwirkungspflichten
4.1	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall
4.2	Sonstige Mitteilungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

mondial bezweckt die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft für Personen, die nicht dem schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium unterstehen, resp. für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die sich vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium befreit haben.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von mondial. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von mondial den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Abschluss und Dauer der Versicherung

1.4.1 Neuabschluss

Bei Neuabschluss gilt das Verfahren bei Versicherungsabschluss gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen. Das Höchstalter für den Neuabschluss beträgt 60 Jahre.

1.4.2 Wechsel in mondial

Personen, die bei der Kasse seit mindestens einem Jahr in einer anderen Versicherungsabteilung versichert sind, besitzen ein Übertrittsrecht in die Versicherungsvariante mondial gemäss der bisherigen Versicherungsdeckung. Der Übertritt ist ohne Altersbeschränkung möglich.

1.4.3 Übertrittsrecht

Bei Rückkehr in die Schweiz bzw. Unterstellung unter das schweizerische Krankenversicherungsobligatorium gilt in allen Versicherungsabteilungen ein Übertrittsrecht in die ordentliche Versicherungsvariante gemäss der bisherigen Deckung mondial.

2 Versicherungsmöglichkeiten

2.1 Allgemeines

Im Rahmen von mondial können die Grundversicherung mondial basis (nach VVG) sowie sämtliche Versicherungsabteilungen, für welche die AVB gelten, abgeschlossen werden. Davon ausgenommen sind die Versicherungsabteilungen hospita komfort und für Nichtgrenzgängerinnen und Nichtgrenzgänger die Versicherungsabteilung compensa.

2.2 Ausschluss der Unfalldeckung

In mondial basis kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

2.3 Franchise und Selbstbehalt

In mondial basis gilt die vereinbarte Franchise.

Für den Selbstbehalt und den Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital gelten die Bestimmungen des KVG.

3 Leistungen

3.1 Grundsatz

Die Deckung richtet sich nach den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen und nach dem abgeschlossenen Deckungsumfang.

In der Versicherung mondial basis (nach VVG) gilt der jeweilige Leistungskatalog von basis nach KVG. Abweichungen in diesen Bestimmungen oder in den Gemeinsamen Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB) gehen den Regelungen von basis nach KVG vor.

Für Behandlungen im Wohnstaat der versicherten Person kann mondial für Grenzgängerinnen und Grenzgänger zusätzliche Leistungen für ambulante Behandlung und Prävention gemäss Liste des Versicherers erbringen.

Für Personen in der Schweiz ohne Aufenthaltsbewilligung deckt mondial die Kosten für notfallmässige, medizinische Akutbehandlung. Nicht versichert sind Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben. Diese Einschränkungen gelten nicht für Personen, welche bereits an ihrem ausländischen Wohnsitz durch mondial versichert sind.

Massgebend sind die geltenden Tarife in der Schweiz, resp. im Wohnstaat der versicherten Person, resp. am Behandlungsort in der EU. Vorbehalten bleiben weitergehende Leistungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen.

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, oder ist die Rechnungsstellung offensichtlich übersetzt, beschränkt der Versicherer seine Leistungen auf die für die Versicherungsdeckung geltenden Tarife am Geschäftssitz der Kasse.

3.2 Behandlung im Wohnstaat bzw. im Ausland

Im Wohnstaat, in der Schweiz und in der EU sind auch nicht notfallmässige Behandlungen versichert.

Enthalten die Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen Regelungen über Leistungen im Ausland, so gelten als Ausland alle Länder ausser der Schweiz und jenem, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

4 Mitwirkungspflichten

4.1 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

Leistungen werden nur erbracht, wenn der Kasse detaillierte Originalrechnungen eingereicht werden, die folgende Angaben enthalten:

- Behandlungsdatum,
- Diagnose,
- Art der Therapien und Behandlung,
- Anzahl Konsultationen/Dauer des Spitalaufenthaltes,
- quittierte Originalrezepte,
- Tagestaxen und Nebenkosten (Spital).

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse spätestens 10 Tage nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

4.2 Sonstige Mitteilungen

Die versicherte Person hat der Kasse eine Kontaktadresse und ein Konto in der Schweiz anzugeben. Der Versicherer macht seine Mitteilungen rechtsverbindlich an die Kontaktadresse in der Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Zweck
1.2	Versicherungsträger
1.3	Gemeinsame Bestimmungen
1.4	Versicherungsabschluss
1.5	Leistungsvoraussetzung
1.6	Behandlung im Ausland
2	Versicherungsmöglichkeiten
2.1	dental piccolo
2.1.1	Leistungen
2.1.2	Automatischer Übertritt
2.2	dental
2.2.1	Leistungsvarianten
2.2.2	Prophylaxe und Kontrolle
2.2.3	Leistungen/Behandlungszeitraum
2.2.4	Karenzzeit
2.2.5	Geltendmachung der Ansprüche
3	casamed Variante
3.1	Allgemeines
3.2	Leistungsvarianten
3.3	Leistungsvoraussetzung
3.4	Notfälle
3.5	Leistungsausschluss
3.6	Ausschluss
3.7	Prämien

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

dental erbringt Beiträge an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen. Im Weiteren fördert sie prophylaktische Massnahmen.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von dental. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von dental den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherungsabschluss

dental kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden. Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden, wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw., sind nicht versichert.

Die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder Behandlung darf nicht länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn zurückliegen.

Kinder, die im ersten Lebensjahr für die Zahnbehandlungskosten versichert werden, sind ohne Einschränkung versichert.

Bei Geburt und Neueintritt werden alle Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr in der dental piccolo ohne Leistungseinschränkung versichert, sofern sie beim Versicherer auch plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz versichert sind.

1.5 Leistungsvoraussetzung

Versichert sind die zahnmedizinisch notwendigen, wissenschaftlich anerkannten, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sofern die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet ist.

Die Vergütung erfolgt nach Zahnarztтарif SSO mit dem Taxpunktwert der Sozialversicherungen (nach KVG, UVG, MVG, IVG). Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

dental erbringt ihre Leistungen subsidiär, d.h. im Nachgang oder in Ergänzung zur gesetzlichen Krankenpflege- oder Unfallversicherung sowie zu Leistungen der Kantone und Gemeinden. Sind andere Versicherer leistungspflichtig, wird die Leistung anteilmässig erbracht.

1.6 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

2 Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- dental piccolo bis zum vollendeten 15. Altersjahr,
- dental.

2.1 dental piccolo

2.1.1 Leistungen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Altersjahr werden die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss.

Max. CHF 50.- pro Kalenderjahr

2.1.2 Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von dental piccolo in dental a. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert 3 Monaten ein Rücktrittsrecht zu.

2.2 dental

2.2.1 Leistungsvarianten

Variante	maximaler Leistungsanspruch pro Behandlungsjahr	Franchise
dental a	75%, bis max. CHF 1000.-	Franchise CHF 500.-
dental b	50%, bis max. CHF 500.-	
dental c	50%, bis max. CHF 1000.-	
dental d	75%, bis max. CHF 1000.-	
dental e	75%, bis max. CHF 1500.-	
dental f	75%, bis max. CHF 3000.-	
dental g	75%, bis max. CHF 5000.-	Franchise CHF 500.-
dental h	75%, bis max. CHF 5000.-	

Der Versicherer kann für Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr den Franchisebetrag (bei Varianten mit Franchise) reduzieren.

Bei den Varianten mit Franchise wird diese in einem festen Betrag pro Behandlungsjahr erhoben. Der maximale Leistungsanspruch pro Behandlungsjahr berechnet sich aus dem die Franchise übersteigenden Restbetrag.

2.2.2 Prophylaxe und Kontrolle

Sofern im Behandlungszeitraum keine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss, erbringt dental Leistungen für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe.

Max. CHF 100.- pro Kalenderjahr

Die Kostenbeteiligung gemäss abgeschlossener Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

2.2.3 Leistungen/Behandlungszeitraum

Im Rahmen der gewählten Leistungsklasse umfasst die Versicherung alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen inklusive Laborkosten. Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Die versicherten Beträge werden innert 365 Tagen einmal ausgerichtet. Die Frist von 365 Tagen wird vom Behandlungsende zurückgerechnet. Wurden in der so berechneten Zeitperiode keine Leistungen bezogen, so besteht Anspruch auf die

vollen versicherten Leistungen. Wurden jedoch in diesen zurückliegenden 365 Tagen bereits Leistungen ausgerichtet, so werden diese anteilmässig (durchschnittliche Behandlungskosten pro Tag – umgerechnet auf die ganze Behandlungsdauer) auf die neue Behandlung angerechnet.

2.2.4 Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus dental beginnt

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechender Provisorien, Reparaturen und der dazugehörenden zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen) und
- nach einer Karenzzeit von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

Die Karenzzeit gilt auch für Versicherungserhöhungen. Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzzeit.

2.2.5 Geltendmachung der Ansprüche

Zur Geltendmachung des Anspruchs hat die versicherte Person der Kasse die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung, vorzulegen. Aus der Rechnung müssen die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтариф ersichtlich sein.

3 casamed Variante

3.1 Allgemeines

Die casamed Variante dental setzt voraus, dass die versicherte Person in der basis casamed versichert ist.

Für die casamed Variante gelten folgende zusätzliche Bestimmungen.

3.2 Leistungsvarianten

Für casamed Versicherte werden folgende Leistungsvarianten geführt:

dental d	75%, bis max. CHF 1 000.–
dental f	75%, bis max. CHF 3 000.–
dental h	75%, bis max. CHF 5 000.–

3.3 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einer bzw. einem von der Kasse anerkannten casamed Zahnärztin oder casamed Zahnarzt, bei der bzw. dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.4 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von dental gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauenszahnärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

3.5 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

3.6 Ausschluss

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

3.7 Prämien

In der casamed Variante gilt eine reduzierte Prämie.

Inhaltsverzeichnis

<p>1 Grundlagen der Versicherung</p> <p>1.1 Gegenstand der Versicherung</p> <p>1.2 Versicherungsträger</p> <p>1.3 Gemeinsame Bestimmungen</p> <p>2 Abschluss</p> <p>2.1 Versicherte Personen</p> <p>2.1.1 Personenkreis</p> <p>2.1.2 Einzelpersonen</p> <p>2.1.3 Familien</p> <p>2.2 Voraussetzung</p> <p>3 Leistungen</p> <p>3.1 Leistungsbereich</p> <p>3.1.1 Örtlicher Leistungsbereich</p> <p>3.1.2 Zeitlicher Leistungsbereich</p> <p>3.2 Leistungsvoraussetzung</p> <p>3.3 Heilungskosten</p> <p>3.4 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen</p> <p>3.5 Besuchsreise und Reisemehrkosten</p> <p>3.5.1 Besuchsreise</p> <p>3.5.2 Extrarückreise</p> <p>3.6 Deckungssummen</p> <p>3.6.1 tourist 50/100</p> <p>3.6.2 tourist 250/500</p> <p>3.7 Servicedienstleistungen</p> <p>3.7.1 Kostenvorschuss an ein Spital</p> <p>3.7.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause</p> <p>3.7.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland</p> <p>3.7.4 Medizinische Beratung durch Ärzte</p> <p>3.8 Leistungsbeschränkungen</p> <p>3.8.1 Grundsatz</p> <p>3.8.2 Leistungsausschluss</p> <p>3.8.3 Leistungseinschränkung</p> <p>3.9 Verjährung</p>	<p>4 Kostenbeteiligung</p> <p>5 Pflichten im Schadenfall</p> <p>5.1 Benachrichtigung der 24h Notfall Helpline</p> <p>5.2 Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>5.3 Geltendmachung des Anspruchs</p> <p>5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts</p> <p>6 Leistungen Dritter</p> <p>6.1 Im Allgemeinen</p> <p>6.2 Leistungsverzicht</p> <p>6.3 Sozialversicherungen</p> <p>6.4 Mehrfachversicherungen</p> <p>6.5 Bestehende Versicherungen bei Sympany Versicherungen AG</p> <p>6.6 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen</p>
---	--

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung erbringt Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen bei Krankheit, Unfall und frühzeitiger Geburt während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts. Sie erbringt im Weiteren Leistungen an Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie Servicedienstleistungen.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von tourist. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von tourist den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

2 Abschluss

2.1 Versicherte Personen

2.1.1 Personenkreis

tourist können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen.

2.1.2 Einzelpersonen

Versichert sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

2.1.3 Familien

Versichert sind der/die auf der Versicherungspolice aufgeführte Versicherungsnehmer/-in sowie der Ehegatte/die Ehegattin respektive Lebenspartner/-in und dessen/deren Kinder bis zum vollendeten 25. Altersjahr, sofern diese mit dem/der Versicherungsnehmer/-in im gleichen Haushalt leben.

2.2 Voraussetzung

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- plus, premium, allgemeiner zusatz, privat zusatz, hospita, salto.

Voraussetzung bei Familien für das Abschliessen und Führen der tourist Versicherung ist, dass mindestens ein Elternteil über eine dieser Versicherungsdeckungen verfügt.

3 Leistungen

3.1 Leistungsbereich

3.1.1 Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt für notfallmässige Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons in der Schweiz und weltweit im Ausland.

3.1.2 Zeitlicher Leistungsbereich

Die Leistungen werden nur so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht zumutbar ist. Die Leistungspflicht für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten und Unfälle erlischt in jedem Fall spätestens 91 Tage nach Ablauf der gewählten 17 oder 40 Tage Aufenthaltsdauer.

3.2 Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung zweckmässig und aus medizinischen Gründen notwendig ist sowie von Personen durchgeführt wird, die über die hierzu notwendige Bewilligung verfügen.

3.3 Heilungskosten

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, zur mondial basis Versicherung und zur Unfallversicherung nach UVG Leistungen an die Heilungskosten bei notfallmässiger ambulanter und stationärer Behandlung.

Gedeckt sind Krankheit, Unfall und frühzeitige Geburt zu den ortsüblichen bzw. vertraglich vereinbarten Tarifen. Als frühzeitig gilt die Geburt, wenn sie unvorhergesehen und mehr als sechs Wochen vor dem ärztlich bescheinigten Geburtstermin eintritt.

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

3.4 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Wenn eine versicherte Person ernsthaft erkrankt, schwer verunfallt oder stirbt, erbringt der Versicherer – gestützt auf einen medizinischen Befund – folgende durch die 24h Notfall Helpline organisierte Leistungen und bezahlt die Kosten für:

- a) medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Nottransporte in einem zweckdienlichen Transportmittel bis zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort,
- b) Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden, sowie Bergungsaktionen

Bis CHF 20 000.– pro versicherte Person

- c) den bei medizinischer Notwendigkeit fälligen Rücktransport der versicherten erkrankten oder verunfallten Person in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
- d) den Rücktransport der verstorbenen Person an deren Wohnort.

3.5 Besuchsreise und Reisemehrkosten

3.5.1 Besuchsreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und während mehr als 7 Tagen hospitalisiert werden muss, organisiert und bezahlt der Versicherer eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse).

3.5.2 Extrarückreise

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die 24h Notfall Helpline die Extrarückreise von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthalts die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die 24h Notfall Helpline die Extrarückreise der versicherten Person, von versicherten

mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

3.6 Deckungssummen

Es können folgende Varianten abgeschlossen werden:

3.6.1 tourist 50/100

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen:

Max. CHF 50 000.– pro versicherte Person

Max. CHF 100 000.– pro versicherte Familie

Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

Bis maximal 17 Tage

Bis maximal 40 Tage

3.6.2 tourist 250/500

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen:

Max. CHF 250 000.– pro versicherte Person

Max. CHF 500 000.– pro versicherte Familie

Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

Bis maximal 17 Tage

Bis maximal 40 Tage

3.7 Servicedienstleistungen

3.7.1 Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten bis CHF 20 000.–. Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

3.7.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die 24h Notfall Helpline Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person und informiert sie über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

3.7.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die 24h Notfall Helpline vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die 24h Notfall Helpline Übersetzungshilfe.

3.7.4 Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der 24h Sympany Helpline medizinische Beratung.

Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

3.8 Leistungsbeschränkungen

3.8.1 Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG findet für tourist keine Anwendung.

3.8.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben respektive deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar war und für welche eine medizinische Behandlung absehbar war,
- wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
- für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei einer für die versicherte Person bestehenden Versicherung bei der vermittelnden Kasse von der Deckung ausgeschlossen worden sind,
- wenn die 24h Notfall Helpline zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extrarückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat,
- bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
- bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen,
- bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, das heisst, wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Ausübung von Risikosportarten. Als Wagnis gelten auch andere Aktivitäten mit vergleichbarem Risiko. Die Kasse führt eine Liste mit sämtlichen Risikosportarten, die als Wagnis gelten. Die Liste ist nicht abschliessend und kann von den versicherten Personen jederzeit eingesehen werden.
- wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen,
- für Leistungen, die durch die Sozialversicherung oder mondial basis gedeckt sind.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadenereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und deren Durchführung nicht verlangt werden.

3.8.3 Leistungseinschränkung

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen oder seine Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

3.9 Verjährung

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

4 Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus tourist wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

5 Pflichten im Schadenfall

5.1 Benachrichtigung der 24h Notfall Helpline

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und im Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die 24h Notfall Helpline zu benachrichtigen.

5.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der 24h Notfall Helpline bzw. der Kasse von der Schweigepflicht.

5.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte und leserliche Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen.

5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbilletts sind unaufgefordert der Kasse einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann die Kasse einen nach pflichtgemäßem Ermessen festgelegten Betrag vom betreffenden Versicherten zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6 Leistungen Dritter

6.1 Im Allgemeinen

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

6.2 Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung der Kasse ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruchs.

6.3 Sozialversicherungen

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

Verfügt eine versicherte Person nicht über eine gültige obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG oder eine mondial basis Versicherung, werden durch den Versicherer Leistungen erbracht, wie wenn diese Deckung bestanden hätte.

6.4 Mehrfachversicherungen

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wie viel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer subsidiär besteht. Die nach diesen AVB zu

leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

6.5 Bestehende Versicherungen bei Sympany Versicherungen AG

Bestehende andere Zusatzversicherungen bei der Sympany Versicherungen AG gehen den Leistungen aus tourist vor.

6.6 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Versicherungsträger
1.2	Gemeinsame Bestimmungen
1.3	Kollektivvertrag
2	Deckungsumfang
2.1	Im Allgemeinen
2.2	Versicherte Streitigkeiten
2.3	Nicht versicherte Streitigkeiten
3	Versicherte Personen
4	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung
4.1	Im Allgemeinen
4.2	Auflösung des Kollektivvertrages
5	Örtlicher Geltungsbereich
6	Zeitlicher Geltungsbereich
7	Versicherte Leistungen
8	Rechtsschutzfall
8.1	Anmeldung eines Rechtsschutzfalles
8.2	Abwicklung eines Rechtsschutzfalles
8.3	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
9	Schlussbestimmungen
9.1	Gerichtsstand
9.2	Anwendbares Recht

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger der Patienten-Rechtsschutzversicherung protect ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Police aufgeführte Krankenkasse.

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über den Patientenrechtsschutz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen der Patienten-Rechtsschutzversicherung protect den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG vor.

1.3 Kollektivvertrag

Die Gewährung des Patientenrechtsschutzes erfolgt aufgrund des Kollektivvertrages der Sympany Versicherungen AG mit dem Versicherer.

2 Deckungsumfang

2.1 Im Allgemeinen

Der Versicherer gewährt den versicherten Personen Rechtsschutz, wenn Streitigkeiten aus Vertrag mit einem medizinischen Leistungserbringer nach KVG oder einem anderen gemäss den Versicherungsbestimmungen von anerkannten Leistungserbringern entstehen.

2.2 Versicherte Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten über

- a) mögliche Fehlbehandlungen,
- b) die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen,
- c) die Aufklärungspflicht gegenüber der versicherten Person betreffend möglicher Auswirkungen von medizinischen Massnahmen,
- d) Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend
 - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente,
 - Herausgabe von Röntgenbildern,
- e) die Unterlassung von Untersuchungen.

2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind Streitigkeiten über

- a) Leistungen, die gemäss ihren Versicherungsbestimmungen nicht versichert sind,
- b) psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen,
- c) Honorare und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen),
- d) Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen.

3 Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei ihrer Kasse die Versicherung protect abgeschlossen haben. Zusätzlich versichert sind

- alle Personen, welche mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police versichert sind,

- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, welche mit der oben erwähnten Person im selben Haushalt leben und bei der Kasse versichert sind.

Stirbt eine versicherte Person als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

4 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- plus, premium, allgemeiner zusatz, privat zusatz, hospita, salto, dental.

Scheidet eine Person, welche die Bedingungen von protect erfüllt, aus der gemeinsamen Police aus, erfolgt eine Weiterversicherung bei protect. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert dreier Monate ein Rücktrittsrecht zu.

4.2 Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung des Kollektivvertrages zwischen Versicherer und Sympany Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

6 Zeitlicher Geltungsbereich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der Versicherungsdauer eintreten. Massgebend ist der Zeitpunkt der tatsächlichen Rechtsverletzung bzw. der Verletzung von vertraglichen Pflichten.

Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren gemäss VVG nach zwei Jahren.

7 Versicherte Leistungen

Versichert ist die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Personen und die Bezahlung der Aufwendungen für

- a) die Bearbeitung der Rechtsschutzfälle durch den Versicherer,
- b) einen beigezogenen Rechtsanwalt oder juristischen Beauftragten,
- c) Expertisen, die vom Versicherer, vom beauftragten Rechtsanwalt oder von einer Zivil-, Straf- oder Verwaltungsbehörde angeordnet werden,
- d) Gerichtskosten und andere zulasten der versicherten Person gehende Verfahrenskosten,
- e) Inkassogebühren für die der versicherten Person zugesprochenen Entschädigung,
- f) die der versicherten Person auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei.

Maximal CHF 250 000.– pro Fall

Maximal CHF 50 000.– pro Fall, in Fällen ausserhalb Europas

Nicht bezahlt werden namentlich:

- a) Schadenersatz,
- b) Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist.

8 Rechtsschutzfall

8.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer respektive der Kasse sofort, auf dessen Verlangen schriftlich, zu melden. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Bearbeitung des Rechtsschutzfalles zu unterstützen, die notwendigen Vollmachten und Auskünfte zu erteilen sowie ihm zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterzuleiten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer seine Leistungen so weit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

8.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Versicherer ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu seiner Interessenwahrung gebotenen Massnahmen. Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person diesen frei wählen. Die Beauftragung erfolgt ausschliesslich durch den Versicherer. Bei Missachtung dieser Bestimmung kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche der Versicherer als aussichtslos beurteilt, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien gemeinsam bestimmte Person eingesetzt.

Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem Konkordat über die Schiedsgerichtsbarkeit.

Prozessiert eine versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistungen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch den Versicherer.

9 Schlussbestimmungen

9.1 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und dem Versicherer gilt als Gerichtsstand der schweizerische Wohnort der versicherten Person oder Aarau.

9.2 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für die Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) sowie die Verordnung über die Rechtsschutzversicherungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	9	Invaliditätskapitalversicherung
1.1	Versicherungsträger	9.1	Grundsatz
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	9.2	Ganzinvalidität
2	Deckungsumfang	9.3	Teilinvalidität
3	Versicherte Personen	9.4	Schwere Entstellung
3.1	Grundsatz	9.5	Vorbestandene Körpermängel
3.2	Höchst Eintrittsalter	9.6	Entschädigung bei Invalidität
4	Beginn und Dauer der Versicherung	10	Leistungsbeschränkungen
4.1	Im Allgemeinen	10.1	Grundsatz
4.2	Versicherungsänderungen	10.2	Leistungsausschlüsse
5	Beendigung der Versicherung	10.3	Leistungskürzungen
5.1	Grundsatz	10.3.1	Unfallfremde Faktoren
6	Örtlicher Geltungsbereich	10.3.2	Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall
7	Versicherungssummen	10.3.3	Weitere Leistungskürzungen
7.1	Versicherungsvarianten	10.4	Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person
7.2	Höchstsummen bei Flugunfällen	11	Umschulungskosten
7.3	Maximal versicherbare Summen	12	Verhalten im Schadenfall
7.3.1	Maximalsummen für Kinder	13	Mitteilungen an den Versicherer
7.3.2	Maximalsummen ab Alter 65	14	Anwendbares Recht
7.3.3	Versicherte Invaliditätssumme im Alter		
8	Todesfall-Kapitalversicherung		
8.1	Begünstigte Personen		
8.2	Anrechnung des Invaliditätskapitals		

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über das Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen über das Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG vor.

2 Deckungsumfang

Die Versicherung deckt alle Berufs- und Nichtberufsunfälle, einschliesslich Berufskrankheiten, soweit sie zur Zeit ihres Eintrittes aufgrund des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, Art. 6–9) entschädigungspflichtig sind.

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Im Weiteren gelten neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG aufgeführten Körperschädigungen als Unfälle:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen,
- Ertrinken,
- die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern die versicherte Person sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

3 Versicherte Personen

3.1 Grundsatz

Versichert sind Einzelpersonen, die sich für den Abschluss einer Unfallversicherung gemäss den vorliegenden AVB angemeldet haben.

3.2 Höchsteintrittsalter

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 65. Altersjahr abgeschlossen werden.

4 Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen

Beginn und Dauer der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen.

Ein Unfall und dessen Folgen sind nur versichert, wenn sich der Unfall während der Dauer der Versicherung ereignet hat.

4.2 Versicherungsänderungen

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist bis zum vollendeten 65. Altersjahr möglich.

5 Beendigung der Versicherung

5.1 Grundsatz

Für die Beendigung der Versicherung kommen die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG zur Anwendung.

6 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Bei Wegzug ins Ausland richtet sich die Weiterführung der Versicherung nach den Bestimmungen von mondial.

7 Versicherungssummen

7.1 Versicherungsvarianten

Es gelten die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen.

7.2 Höchstsummen bei Flugunfällen

Die Maximalgarantie des Versicherers für ein und dieselbe Person aus allen bei ihm laufenden Unfallversicherungen zusammen ist für einen Flugunfall folgendermassen beschränkt:

Im Todesfalle CHF 500 000.–

Im Ganzinvaliditätsfall CHF 1 000 000.–
(mit entsprechender Reduktion bei Teilinvalidität)

7.3 Maximal versicherbare Summen

7.3.1 Maximalsummen für Kinder

Die Höchstversicherungssumme bei Tod von Kindern beträgt:

CHF 2 500.– bis zum vollendeten 3. Altersjahr

CHF 20 000.– bis zum vollendeten 15. Altersjahr

Folgende Todesfallsummen aus dieser und anderen Versicherungen dürfen bei Kindern nicht überstiegen werden:

CHF 2 500.– für Kinder, die noch nicht zwei Jahre und sechs Monate alt sind

CHF 20 000.– für Kinder, die noch nicht zwölf Jahre alt sind

7.3.2 Maximalsummen ab Alter 65

Per 1. Januar des dem 65. Geburtstag folgenden Kalenderjahres gelten folgende Höchstversicherungssummen:

Im Todesfall CHF 20 000.–

Im Invaliditätsfall CHF 60 000.–

Bestehende höhere Versicherungen werden auf diesen Zeitpunkt entsprechend herabgesetzt.

7.3.3 Versicherte Invaliditätssumme im Alter

Für versicherte Personen entfällt per 1. Januar des dem 65. Geburtstag folgenden Kalenderjahres die Progression in der Invaliditätsversicherung. Die Entschädigung in Prozenten entspricht dem Invaliditätsgrad.

8 Todesfall-Kapitalversicherung

8.1 Begünstigte Personen

Hat der Unfall sofort oder binnen fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet erwiesenermassen den Tod der versicherten Person zur Folge, bezahlt der Versicherer die für den Todesfall versicherte Summe an die nachstehend genannten Hinterlassenen, die darauf in folgender Reihenfolge und in folgendem Umfang Anspruch haben:

- a) Das volle Todesfallkapital
- an die überlebende Ehegattin bzw. den überlebenden Ehegatten,
 - bei deren bzw. dessen Fehlen an die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder, zu gleichen Teilen,
 - bei deren Fehlen an die Eltern zu gleichen Teilen bzw. an den überlebenden Elternteil,
 - bei deren Fehlen an die Geschwister, sofern diese zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 25 Jahre alt waren.

Jede der hiervor aufgezählten Personen bzw. Personengruppen wird durch das Vorhandensein einer vorhergehenden ausgeschlossen.

Ehegatten und Kinder aus einer erst nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch auf Todesfallleistungen.

- b) Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung an die Kasse in Abänderung der vorstehenden Regelung Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann durch die versicherte Person jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Kasse widerrufen oder abgeändert werden.
- c) Sind keine Anspruchsberechtigten gemäss lit. a und b vorhanden, so vergütet der Versicherer die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch:

10% des Todesfallkapitals bis maximal CHF 10 000.–

8.2 Anrechnung des Invaliditätskapitals

Auf das Todesfallkapital wird ein allfällig für denselben Unfall bereits ausbezahltes Invaliditätskapital angerechnet.

9 Invaliditätskapitalversicherung

9.1 Grundsatz

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität einer versicherten Person zur Folge, so zahlt der Versicherer die für den Invaliditätsgrad vereinbarte Versicherungssumme, und zwar bei Ganzinvalidität die volle Versicherungssumme, bei Teilinvalidität einen dem Grad der letzteren entsprechenden Teil der Versicherungssumme. Die endgültige Feststellung des Invaliditätsgrades erfolgt erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber 5 Jahre nach dem Unfall. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Feststellung ermittelt. Nach dieser Feststellung des Invaliditätsgrades eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, werden nicht mehr entschädigt.

Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

9.2 Ganzinvalidität

Als Ganzinvalidität gilt

- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände,
- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust eines Armes oder einer Hand und eines Beines oder Fusses,
- gänzliche Lähmung,
- völlige Erblindung.

9.3 Teilinvalidität

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität

vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Taxierung erfolgt aufgrund nachfolgender Prozentsätze:

Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit	Prozentsatz
Oberarm	70%
Unterarm	65%
Hand	60%
Daumen mit Mittelhandglied	25%
Daumen, Mittelhandglied erhalten	22%
vorderstes Glied des Daumens	10%
Zeigefinger	15%
Mittelfinger	10%
Ringfinger	9%
Kleinfinger	7%
eines Beines am Oberschenkel	60%
eines Beines am Unterschenkel	50%
eines Fusses	45%
einer Grossezehe	8%
übrige Zehen je	3%
Sehkraft eines Auges	30%
Sehkraft des zweiten Auges für Einäugige	50%
Gehör beider Ohren	60%
Gehör eines Ohres	15%
Gehör eines Ohres, wenn dasjenige des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig verloren war	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%
Niere	20%
Milz	5%
sehr schmerzhafte starke Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%

Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.

Für hier nicht aufgeführte Fälle erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach den gleichen Richtlinien wie bei der Bemessung des Integritätsschadens gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) bzw. der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Dabei werden insbesondere die von der SUVA publizierten Tabellen «Integritätsentschädigung gemäss UVG» zur Anwendung gebracht.

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalles wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt. Er kann aber nie mehr als 100% betragen. Bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand wird höchstens das für den Verlust der entsprechenden Hand in Betracht kommende Invaliditätskapital geleistet.

9.4 Schwere Entstellung

Für eine durch Unfall entstandene, dauernde, schwere Entstellung des menschlichen Körpers (ästhetische Schäden wie z. B. Narben), für die kein Invaliditätskapital geschuldet ist, die aber dennoch eine Erschwerung der gesellschaftlichen Stellung der versicherten Person zur Folge hat, bezahlt der Versicherer, von der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme maximal:

- 10% der in der Versicherungspolice vereinbarten Versicherungssumme bei Verunstaltung des Gesichtes und/oder

- 5% bei Verunstaltung anderer normalerweise sichtbarer Körperteile

Die Leistung für ästhetische Schäden wird auf CHF 20 000.– begrenzt und auf dem ermittelten Invaliditätsgrad wird keine Progression gewährt.

9.5 Vorbestandene Körpermängel

Erschwerung der Unfallfolgen zufolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung (ausgenommen bei Verlust des zweiten Auges oder des Gehörs am zweiten Ohr). Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach den vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

Haben vorbestandene Krankheiten oder Gebrechen, die nicht erst durch den Unfall hervorgerufen worden sind, die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert, so werden die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt, und zwar bereits bei der Festlegung des Invaliditätsgrades und nicht erst bei der Festlegung des Invaliditätskapitals.

9.6 Entschädigung bei Invalidität

Bei einer Invalidität von mehr als 25% erhöht sich die Entschädigung progressiv bis 350% der abgeschlossenen Versicherungssumme.

Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme	Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme
1	1	28	34
2	2	29	37
3	3	30	40
4	4	31	43
5	5	32	46
6	6	33	49
7	7	34	52
8	8	35	55
9	9	36	58
10	10	37	61
11	11	38	64
12	12	39	67
13	13	40	70
14	14	41	73
15	15	42	76
16	16	43	79
17	17	44	82
18	18	45	85
19	19	46	88
20	20	47	91
21	21	48	94
22	22	49	97
23	23	50	100
24	24	51	105
25	25	52	110
26	28	53	115
27	31	54	120

Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme	Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme
55	125	78	240
56	130	79	245
57	135	80	250
58	140	81	255
59	145	82	260
60	150	83	265
61	155	84	270
62	160	85	275
63	165	86	280
64	170	87	285
65	175	88	290
66	180	89	295
67	185	90	300
68	190	91	305
69	195	92	310
70	200	93	315
71	205	94	320
72	210	95	325
73	215	96	330
74	220	97	335
75	225	98	340
76	230	99	345
77	235	100	350

10 Leistungsbeschränkungen

10.1 Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG findet für die capita unfall (Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall) keine Anwendung.

10.2 Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- infolge Krieg, Bürgerkrieg und/oder kriegsähnlicher Zustände
 - in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein und/oder in angrenzenden Staaten,
 - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem die versicherte Person sich aufhält, und sie sei vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge aussergewöhnlicher Gefahren, als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, Ausübung von Verbrechen,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, die versicherte Person beweise, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- infolge vorsätzlicher Begehung von oder Teilnahme an Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person

oder dem Versuch dazu, und zwar auch dann, wenn ein solches Delikt nur in Kauf genommen wurde;

- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie;
- bei Unfällen, bei welchen die versicherte Person einen Blutalkoholgehalt von 2 Gewichtsprozenten oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trunkenheit und Unfall;
- als Folge von Wagnissen (Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken);
- infolge von Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die die versicherte Person absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat;
- infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischen Produkten;
- als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden;
- bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgelandier;
- bei militärischen Fallschirmabsprünge;
- bei Luftfahrten, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist;
- bei den gesetzlichen und reglementarischen Kostenbeteiligungen der versicherten Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

10.3 Leistungskürzungen

10.3.1 Unfallfremde Faktoren

Beeinflussen unfallfremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalls, so leistet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden Teil der vereinbarten Leistungen. Dabei werden die unfallfremden Faktoren bereits bei der Festlegung des Invaliditätsgrades in Abzug gebracht und nicht erst bei der Festlegung des Invaliditätskapitals.

10.3.2 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

Bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die versicherte Person können die Leistungen gekürzt werden.

10.3.3 Weitere Leistungskürzungen

Weitere Leistungskürzungen richten sich nach den zur Zeit des Unfalls oder des Eintrittes der Berufskrankheit geltenden Bestimmungen des UVG (Art. 37–39).

10.4 Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person

Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person absichtlich durch Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf Geldleistungen. Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person grobfahrlässig herbeigeführt, so werden die ihr zukommenden Geldleistungen gekürzt; in besonders schweren Fällen können sie verweigert werden.

11 Umschulungskosten

Sofern eine Berufsumschulung mit Bezug auf einen Unfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, notwendig wird,

übernimmt der Versicherer die hierfür angemessenen Kosten, höchstens bis zum Betrag von 10% der versicherten Invaliditätssumme.

12 Verhalten im Schadenfall

Ein eingetretener Unfall, der voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ohne Verzug Sympany zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert 10 Tagen, zu melden.

Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der allfällig vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärztinnen bzw. Ärzte zu unterziehen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf von Unfall und Heilung zu geben.

Die versicherte Person bzw. die anspruchsberechtigten Personen haben ihre Ansprüche auf ihre Kosten durch ärztliche Zeugnisse zu begründen. Diese können auch vom Versicherer eingeholt werden.

Die versicherte Person ist gehalten, alle Ärztinnen bzw. Ärzte, bei denen sie infolge Unfall oder Krankheit je in Behandlung stand, zur Erteilung jeder vom Versicherer verlangten Auskunft von der Schweigepflicht zu entbinden.

Kommen die versicherten Personen bzw. die anspruchsberechtigten Personen schuldhafterweise einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so ist der Versicherer befugt, die Leistungen um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würden, es sei denn, die versicherten Personen bzw. die anspruchsberechtigten Personen beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Unfallfolgen und ihre Feststellung keinen Einfluss ausgeübt hat.

13 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an Sympany zu richten. Der Versicherer anerkennt diese Mitteilungen und Anzeigen als an ihn selbst erfolgt. Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebenen Adresse in der Schweiz.

14 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für diese Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	
1.1	Grundlagen	
1.2	Zweck und Inhalt der Versicherung	
1.3	Versicherungsbedingungen (AVB)	
1.4	Versicherungsverhältnis	
1.5	Versicherte Personen	
1.6	Versicherungsjahr	
1.7	Altersbestimmung	
1.8	Aufnahme in die Versicherung	
2	Versicherungsschutz	
2.1	Beginn des Versicherungsschutzes	
2.2	Voraussetzungen des Versicherungsschutzes	
2.3	Kein Versicherungsschutz	
2.4	Wegfall des Versicherungsschutzes	
2.5	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	
3	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	
3.1	Beginn und Dauer der Versicherung	
3.2	Änderung der Versicherung	
3.3	Sistierung der Versicherung	
3.4	Beendigung der Versicherung	
4	Leistungen	
4.1	Leistungsüberblick	
4.2	Begriffsdefinitionen	
4.2.1	Invalidität	4.4.1 Anspruch auf das Invaliditätskapital
4.2.2	Krankheit	4.4.2 Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital
4.2.3	Arbeitsunfähigkeit	4.4.3 Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung
4.2.4	Erwerbsunfähigkeit	4.4.4 Abstufung der Invaliditätskapitalleistung
4.2.5	Zumutbarkeit	4.4.5 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades
4.3	Versicherungssummen	4.4.6 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen
4.3.1	Höhe der Versicherungssummen	4.4.7 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen
4.3.2	Höchstversicherungssummen	4.4.8 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern
4.3.3	Überholende Kausalität	
4.3.4	Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis zum 65. Altersjahr	
4.4	Invaliditätskapital	
		4.5 Todesfallkapital
		4.5.1 Anspruch auf das Todesfallkapital
		4.5.2 Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung
		4.5.3 Begünstigung
		4.6 Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen
		4.6.1 Bei Unfall
		4.6.2 Bei unfallähnlichen Körperschädigungen
		4.6.3 Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit
		4.6.4 Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen
		4.6.5 Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs
		4.6.6 Bei ionisierenden Strahlen und Schäden aus Atomenergie
		4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen
		4.7.1 Zusammentreffen verschiedener Ursachen
		4.7.2 Zusammentreffen der Invaliditäts- und Todesfallkapitalleistung
		4.8 Sicherung und Auszahlung der Leistungen
		4.8.1 Unveräusserlichkeit der Ansprüche
		4.8.2 Prüfung des Versicherungsanspruches
		4.8.3 Auszahlung der Versicherungsleistungen
		5 Besondere Bestimmungen
		5.1 Mitwirkungspflichten bei Krankheit
		5.2 Prämien
		5.3 Verhalten im Schadenfall
		5.4 Mitteilungen und Anzeigen
		5.5 Militärdienst
		5.6 Erfüllungsort
		5.7 Gerichtsstand und anwendbares Recht
		5.8 Inkrafttreten und Änderungen
68	capita krankheit	

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Grundlagen

Die Grundlagen der Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität durch Krankheit bilden der individuelle Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) sowie subsidiär die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

1.2 Zweck und Inhalt der Versicherung

Zweck der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung ist der Schutz der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität infolge Krankheit.

Inhalt der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung bildet eine einmalige Kapitaleistung zur Deckung der wirtschaftlichen Folgen bei Tod oder Invalidität durch Krankheit.

1.3 Versicherungsbedingungen (AVB)

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) umschreiben die Rechte und Pflichten der versicherten Person bzw. von deren Anspruchsberechtigten. Sie legen insbesondere die Kapitalansprüche der versicherten Person bei Erwerbsunfähigkeit sowie der Begünstigten bei Tod der versicherten Person infolge Krankheit fest.

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany) sind integrierter Bestandteil der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung. Bei Abweichungen gehen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) den Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany) vor.

1.4 Versicherungsverhältnis

Sympany hat sämtliche Versicherungsleistungen bei Tod und Invalidität infolge Krankheit aus dieser Versicherung (AVB capita krankheit) in einem Kollektiv-Versicherungsvertrag versichert. Versicherungsträgerin im Kollektiv-Versicherungsvertrag ist die Schweizerische National Leben AG, Böttmingen (nachstehend Versicherer), Versicherungsnehmerin ist Sympany. Der Versicherer erbringt die aus dieser Versicherung (AVB capita krankheit) geschuldeten Versicherungsleistungen bei Tod und Invalidität infolge Krankheit über die Sympany gegenüber den versicherten bzw. anspruchsberechtigten Personen. Sämtliche Ansprüche aus dieser Versicherung (AVB capita krankheit) richten sich ausschliesslich gegen den Versicherer.

1.5 Versicherte Personen

Versicherbar sind Einzelpersonen mit Wohnsitz in der Schweiz sowie Grenzgänger und deren Familienangehörige, die sich gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) freiwillig versichern.

Versichert werden Einzelpersonen, die im Zeitpunkt der Antragstellung in einer Kranken- oder Krankenzusatzversicherung der Kasse versichert sind oder eine solche beantragt haben und Versicherte der Kasse werden.

1.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember.

1.7 Altersbestimmung

Das für die Versicherung massgebende Alter (Effektivalter) der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

1.8 Aufnahme in die Versicherung

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt grundsätzlich aufgrund der im Antrag ausgefüllten Gesundheitsfragen. Wird die Aufnahme in die Versicherung in den ersten 90 Lebenstagen, gerechnet vom Tag der Geburt der versicherten Person, beantragt, ist keine Gesundheitsprüfung notwendig.

2 Versicherungsschutz

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von der Kasse dem Antragsteller schriftlich mitgeteilten Tag des Versicherungsbegins, frühestens jedoch mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

2.2 Voraussetzungen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz ist gegeben, sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes vollumfänglich arbeitsfähig ist, nicht in periodischer ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und sofern ihre anfängliche oder später zusätzlich zu versichernde Leistungen bestimmte, vom Versicherer vordefinierte Summengrenzen nicht übersteigen. Anderenfalls ist der Versicherungsschutz nicht gegeben bzw. wird die Versicherungssumme auf die zulässigen Werte angepasst (vgl. Ziffer 4.3.2).

2.3 Kein Versicherungsschutz

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

Kein Versicherungsschutz besteht zudem für Kleinkinder in den ersten 90 Lebenstagen, gerechnet vom Tag der Geburt, sowie für Versicherungsfälle, welche auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen innerhalb dieser ersten 90 Lebenstage zurückzuführen sind.

2.4 Wegfall des Versicherungsschutzes

Leistet die versicherte Person militärische Einsätze in Krisengebieten zur Durchsetzung friedenserhaltender Massnahmen (z.B. UNO-Blauhelme, OSZE-Gelbmützen etc.), entfällt der Versicherungsschutz.

2.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht in allen Teilen der Welt.

3 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

3.1 Beginn und Dauer der Versicherung

Die Versicherung beginnt frühestens ab Geburt und spätestens am Tag der Vollendung des 60. Altersjahrs der versicherten Person (Abschlussalter).

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Tag der Vollendung des 65. Altersjahrs der versicherten Person (Schlussalter).

Der Versicherungsabschluss ist vor dem Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Versicherung kann mit Beginn auf jeden Monatsersten beantragt werden.

3.2 Änderung der Versicherung

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist im Rahmen der vom Versicherer vordefinierten Alterskategorien und Versicherungssummen (vgl. Ziffer 4.3.2) vor Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person durch einen entsprechenden Antrag jederzeit möglich.

3.3 Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

3.4 Beendigung der Versicherung

Die Versicherung und mithin der Versicherungsschutz erlöschen in folgenden Fällen:

- bei Tod der versicherten Person,
- bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Erwerb des Grenzgängerstatus),
- bei Erreichen des Schlussalters am Tag nach Vollendung des 65. Altersjahres,
- bei Auszahlung eines Invaliditätskapitals erlischt die Invaliditätskapitalversicherung,
- bei Kündigung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany).

4 Leistungen

4.1 Leistungsüberblick

Der Versicherer erbringt der/den anspruchsberechtigten Person(en) im Rahmen des Versicherungsschutzes folgende Leistungen im Todesfall und bei Invalidität infolge Krankheit:

- im Todesfall:
 - Todesfallkapital;
- bei voraussichtlich dauernder Erwerbsunfähigkeit (Invalidität):
 - Invaliditätskapital.

4.2 Begriffsdefinitionen

4.2.1 Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.2.2 Krankheit

Als Krankheit gilt eine vom Willen einer versicherten Person unabhängige Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die von einem Arzt feststellbar und nicht Folge eines Unfalls ist.

4.2.3 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

4.2.4 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Die versicherte Person gilt als erwerbsunfähig, wenn sie zufolge medizinisch objektiv nachgewiesener Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall erleidet.

Eine Erwerbsunfähigkeit wird als dauernd anerkannt, wenn die versicherte Person den Nachweis erbracht hat, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht erwartet werden kann und dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich lebenslanglich sein wird.

4.2.5 Zumutbarkeit

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.

4.3 Versicherungssummen

4.3.1 Höhe der Versicherungssummen

Massgebend sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen. Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2½ Jahre alt sind, höchstens CHF 2 500.–.

4.3.2 Höchstversicherungssummen

Die Höchstversicherungssummen sind vom Alter der versicherten Person gemäss nachstehender Tabelle abhängig.

Alterskategorie	Bezeichnungen	Höchstversicherungssumme Tod	Höchstversicherungssumme Invalidität
Von 0 bis 3 Jahre	Kleinkinder	max. CHF 20 000.–*	max. CHF 100 000.–
Von 4 bis 15 Jahre	Kinder	max. CHF 20 000.–	max. CHF 100 000.–
Von 16 bis 50 Jahre	Erwachsene	max. CHF 300 000.–	max. CHF 300 000.–
Von 51 bis 55 Jahre	Erwachsene	max. CHF 200 000.–	max. CHF 200 000.–
Von 56 bis 65**	Erwachsene	max. CHF 100 000.–	max. CHF 100 000.–

* Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2½ Jahre alt sind, höchstens CHF 2 500.–.

** Bis Schlussalter gemäss Ziffer 3.1

Bei Erreichen einer neuen Alterskategorie werden die Versicherungssummen auf die Höchstversicherungssummen der entsprechenden Alterskategorie reduziert und die Prämien entsprechend angepasst. Anderenfalls bleiben die Versicherungssummen unverändert.

4.3.3 Überholende Kausalität

Stirbt die versicherte Person vor Ausrichtung der Invaliditätskapitalleistung, wird lediglich die versicherte Todesfallsumme ausbezahlt. Ist keine Todesfallleistung versichert, entfällt die Invaliditätskapitalleistung, wenn die versicherte Person vor deren Ausrichtung stirbt.

4.3.4 Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis zum 65. Altersjahr

Die Todesfall- und Invaliditätskapitalleistungen nehmen ab Alter 57 degressiv bei unveränderten Prämien um jährlich 10% der Versicherungssumme gemäss nachstehender Tabelle ab.

Alter	Versichertes Kapital, max. CHF	Kapitalleistung	Auszahlungsbetrag, max. CHF	Prämie
56. Altersjahr	100 000.–	100%	100 000.–	100%
57. Altersjahr	100 000.–	90%	90 000.–	100%
58. Altersjahr	100 000.–	80%	80 000.–	100%
59. Altersjahr	100 000.–	70%	70 000.–	100%

Alter	Versichertes Kapital, max. CHF	Kapitalleistung	Auszahlungsbetrag, max. CHF	Prämie
60. Altersjahr	100 000.–	60%	60 000.–	100%
61. Altersjahr	100 000.–	50%	50 000.–	100%
62. Altersjahr	100 000.–	40%	40 000.–	100%
63. Altersjahr	100 000.–	30%	30 000.–	100%
64. Altersjahr	100 000.–	20%	20 000.–	100%
65. Altersjahr	100 000.–	10%	10 000.–	100%

4.4 Invaliditätskapital

4.4.1 Anspruch auf das Invaliditätskapital

Der Anspruch der versicherten Person auf das vereinbarte Invaliditätskapital entsteht, wenn die versicherte Person vor Erreichen des Schlussalters voraussichtlich dauernd erwerbsunfähig wird.

4.4.2 Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital

Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital frühestens nach einer Wartefrist von 24 Monaten. Die Wartefrist beginnt an dem Tag, an welchem die versicherte Person erstmals einen Arzt hinsichtlich der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Krankheit konsultiert hat und dieser eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% attestiert.

Bei einem Rückfall bzw. bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des früheren Leidens innerhalb von 12 Monaten nach Ende einer bereits gemeldeten Arbeitsunfähigkeit wird keine neue Wartefrist angerechnet.

Werden Leistungen der eidgenössischen Invalidenversicherung früher erbracht oder steht die dauernde Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Wartefrist definitiv fest, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden. Der Versicherer entscheidet hierüber im Einzelfall.

4.4.3 Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung

Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Invaliditätskapital, das entsprechende Alter zu Beginn der Wartefrist, welche die Arbeitsunfähigkeit in medizinischer Hinsicht erstmals belegt, sowie der durch den Versicherer festgesetzte Erwerbsunfähigkeitsgrad der versicherten Person.

4.4.4 Abstufung der Invaliditätskapitalleistung

Die Invaliditätskapitalleistung wird in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person abgestuft und bestimmt.

- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 70% bis 100% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des gesamten Invaliditätskapitals.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 50% bis <70% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 50% besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

4.4.5 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

Bei Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades nach ausgerichtetem Invaliditätskapital findet keine Leistungsanpassung gemäss dem neuen Grad der Erwerbsunfähigkeit statt.

4.4.6 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit

aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalles ermittelt.

Bei Erwerbstätigen mit regelmässigem Einkommen gilt das AHV-pflichtige Einkommen im Monat vor Beginn der Wartefrist als Grundlage für die Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades. Zur Ermittlung des Erwerbsausfalles bei Erwerbstätigen mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist herangezogen.

Bei Selbstständigerwerbenden wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit entweder aufgrund des Durchschnitts des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist oder aufgrund des von der versicherten Person erlittenen tatsächlichen Erwerbsausfalles der letzten beiden Geschäftsjahre ermittelt. Hierzu wird das vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit mit demjenigen verglichen, das die versicherte Person nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielt oder bei ausgeglichener Arbeitsmarkt noch erzielen könnte; die Differenz, ausgedrückt in Prozent des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

4.4.7 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei Nichterwerbstätigen und bei Erwerbstätigen, die ihre Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise aufgeben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit mithilfe eines Tätigkeitsvergleichs ermittelt. Zu diesem Zweck werden die Tätigkeiten und Aufgaben der versicherten Person vor und nach Eintritt der Krankheit bemessen, gewichtet und verglichen. Die vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeführten Tätigkeiten und Aufgaben werden mit denjenigen, welche nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch ausgeführt werden können, in Bezug gesetzt. Die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Tätigkeits- und Aufgabenbereich zu betätigen wird der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt. Die Differenz, ausgedrückt in Prozent der bisherigen Tätigkeiten, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

Bei Teilerwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit analog der gemischten Methode der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ermittelt.

4.4.8 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern

Die Erwerbsunfähigkeit von Kleinkindern und Kindern wird daran bemessen, in welchem Grad die versicherte Person ausserstande sein wird, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Bei Kindern, welche noch keine Berufsausbildung aufgenommen haben, wird die Erwerbsunfähigkeit daran gemessen, ob und in welchem Umfang es der versicherten Person möglich sein wird, später eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet.

Bei Kindern, welche sich in einer Berufsausbildung befinden, gilt als Bemessungsgrundlage das Einkommen, welches bei Abschluss der begonnenen Berufsausbildung auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt zu erzielen gewesen wäre. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen

Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet und dem Beruf entspricht, für den die Ausbildung begonnen wurde.

4.5 Todesfallkapital

4.5.1 Anspruch auf das Todesfallkapital

Der Anspruch auf das Todesfallkapital entsteht bei Tod der versicherten Person vor Erreichen des Schlusalters.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Todesfallkapitalleistung zu kürzen, wenn der Tod durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.5.2 Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung

Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Todesfallkapital sowie das Alter der versicherten Person im Zeitpunkt des Todes.

4.5.3 Begünstigung

Das Todesfallkapital erhalten die im Antrag begünstigten Personen. Eine Änderung der begünstigten Personen ist bis zum Tod jederzeit möglich und frei wählbar. Eine Änderung der Begünstigung ist schriftlich mitzuteilen.

Ist im Vertrag keine begünstigte Person aufgeführt, findet die ordentliche Begünstigungsordnung Anwendung, welche den überlebenden Ehegatten, bei dessen Fehlen die Kinder und bei deren Fehlen die weiteren gesetzlichen Erben der versicherten Person als begünstigte Personen der Todesfallkapitalleistung vorsieht.

4.6 Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.6.1 Bei Unfall

Kein Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany) der Kasse verursacht worden ist.

Berufskrankheiten im Sinne des UVG begründen ebenfalls keinen Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.6.2 Bei unfallähnlichen Körperschädigungen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht bei unfallähnlichen Körperschädigungen. Als unfallähnliche Körperschädigungen und nicht als Krankheiten gelten:

- Gesundheitsschädigungen und deren Folgen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen oder durch unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen.
- Die in den Gemeinsamen Bestimmungen (GB Sympany) aufgeführten Körperschädigungen.
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen, ausgenommen Sonnenbrand.
- Unfreiwilliges Ertrinken.

4.6.3 Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person ihre Erwerbsunfähigkeit bzw. Krankheit absichtlich herbeigeführt hat (u.a. Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung). Dies gilt auch dann, wenn die versicherte

Person die Handlung, welche zu ihrer Erwerbsunfähigkeit führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Invaliditätskapitalleistung zu kürzen, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.6.4 Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Tod besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Tod der versicherten Person auf vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen oder deren Folgen beruht.

4.6.5 Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs

Kein Anspruch auf Leistung bei Tod besteht, wenn die versicherte Person infolge Selbsttötung oder an den Folgen eines Selbsttötungsversuches innerhalb von 3 Jahren nach Antragsstellung stirbt. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zum Tode führte, in urteilsunfähigem Zustand oder in verminderter Urteilsfähigkeit vorgenommen hat.

4.6.6 Bei ionisierenden Strahlen und Schäden aus Atomenergie

Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person der Einwirkung ionisierender Strahlen aus Atomenergie ausgesetzt war und dadurch erkrankt ist.

4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.7.1 Zusammentreffen verschiedener Ursachen

Treffen verschiedene Ursachen zusammen, werden vom Versicherer Ansprüche in der Höhe anerkannt, die nicht Gegenstand der Unfall- oder Militärversicherung sind.

4.7.2 Zusammentreffen der Invaliditäts- und Todesfallkapitalleistung

Im Todesfall wird das bereits zu Lebzeiten ausgerichtete Invaliditätskapital an die versicherte Person vom Todesfallkapital in Abzug gebracht.

4.8 Sicherung und Auszahlung der Leistungen

4.8.1 Unveräusserlichkeit der Ansprüche

Sämtliche Leistungen aus dieser Versicherung (AVB capita krankheit) sind ausschliesslich für den persönlichen Unterhalt der anspruchsberechtigten Personen bestimmt. Eine Verpfändung, Abtretung oder betriebsrechtliche Pfändung der Leistungen ist vor ihrer Fälligkeit nicht möglich.

4.8.2 Prüfung des Versicherungsanspruches

Die zur Anspruchsprüfung einzureichenden Unterlagen umfassen grundsätzlich:

- bei Tod:
Familienregisterauszug / ärztliches Todesfallzeugnis / amtliche Todesfallbescheinigung;
- bei Erwerbsunfähigkeit:
ärztliches Zeugnis / Krankheitsunterlagen / IV-Akten / AHV-Auszug / Lohnausweise, Lohnabrechnungen und Bilanzen.

Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Der Arzt der versicherten Person ist gegenüber dem Versicherer vom Arztgeheimnis entbunden.

4.8.3 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistung wird ausbezahlt, wenn die anspruchsberechtigten Personen sämtliche Unterlagen beigebracht haben, welche zur Prüfung und Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigt werden.

Die Versicherungsleistung wird mit dem Ablaufe von vier Wochen von dem Zeitpunkte an gerechnet fällig, in dem der Versicherer sämtliche Unterlagen und Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Versicherungsprämien geschuldet.

Die Versicherungsleistungen werden in Schweizer Franken (CHF) erbracht.

5 Besondere Bestimmungen

5.1 Mitwirkungspflichten bei Krankheit

Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht gehalten, dem Versicherer die Ermächtigung zu erteilen, bei Spitälern, Ärzten, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften sowie bei Sozialversicherungsinstitutionen und bei Dritten Auskünfte und Akten einzuverlangen sowie diese Institutionen von der Schweigepflicht zu entbinden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf der Krankheit zu geben.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die versicherte Person durch von ihr bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.

Kommen die anspruchsberechtigten Personen einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so tritt die Fälligkeit des Leistungsanspruchs nicht ein und der Versicherer ist befugt, die Leistungen zu verweigern. In diesem Fall dauert die Prämienzahlungspflicht an.

5.2 Prämien

Die Prämien werden aufgrund der Alterskategorie der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen berechnet. Die Prämien bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Es besteht keine Tarifgarantie.

5.3 Verhalten im Schadenfall

Eine eingetretene Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ohne Verzug zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert 10 Tagen, zu melden.

Zudem sind die zur Prüfung und Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Unterlagen umgehend einzureichen.

5.4 Mitteilungen und Anzeigen

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an die Kasse zu richten. Die Leistungsausrichtung des Versicherers im Versicherungsfall erfolgt über die Kasse.

5.5 Militärdienst

Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität

sowie zur Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher in der vorliegenden Versicherung eingeschlossen. Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften.

5.6 Erfüllungsort

Erfüllungsort ist der schweizerische oder liechtensteinische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes gilt der Sitz der Kasse als Erfüllungsort.

5.7 Gerichtsstand und anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht den anspruchsberechtigten Personen wahlweise der Gerichtsstand an ihrem schweizerischen Wohnsitz oder am Gesellschaftssitz des Versicherers (Schweizerische National Leben AG, Bottmingen) offen. Auf den vorliegenden Vertrag findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung.

5.8 Inkrafttreten und Änderungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) treten am 1. Januar 2010 in Kraft.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB capita krankheit) werden der versicherten Person mindestens 3 Monate vor Inkrafttreten bekannt gegeben.

