



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ausgabe 2018

allgemeiner zusatz • capita krankheit • capita unfall • dental • hospita • mondial • plus •  
premium • privat zusatz • protect • salto • tourist

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ausgabe 2018

## Inhaltsverzeichnis

Gemeinsame Bestimmungen		
<b>1</b>	<b>Grundlagen der Versicherung</b>	Seite 3
1.1	Zweck	
1.2	Versicherungsträger	
1.3	Gegenstand der Versicherung	
1.4	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	
1.5	Bedingungen für die Kollektivversicherung	
1.6	Versicherungsvertragsgesetz	
<b>2</b>	<b>Versicherungsabteilungen</b>	Seite 3
2.1	Versicherungsmöglichkeiten	
2.2	Änderungen der Versicherungsabteilungen	
2.3	Gewählte Versicherungsabteilungen	
<b>3</b>	<b>Versicherte Personen</b>	Seite 3
3.1	Einzelversicherung	
3.2	Kollektivversicherung	
<b>4</b>	<b>Beginn und Dauer der Versicherung</b>	Seite 3
4.1	Verfahren bei Versicherungsabschluss	
4.1.1	Antrag	
4.1.2	Auskunftspflicht	
4.1.3	Ablehnung oder Leistungsausschluss	
4.1.4	Unterlagen, Dokumente	
4.1.5	Widerrufsrecht	
4.2	Beginn der Versicherung	
4.3	Dauer der Versicherung	
4.3.1	Versicherungsperiode	
4.3.2	Längere Versicherungsdauer	
4.3.3	Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses	
4.3.4	Verlängerung der Versicherung	
4.4	Änderung der Versicherung	
4.4.1	Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer	
4.4.2	Änderung durch den Versicherer	
4.5	Sistierung der Versicherung	
4.5.1	Voraussetzung	
4.5.2	Dauer und Umfang der Sistierung	
<b>5</b>	<b>Beendigung der Versicherung</b>	Seite 4
5.1	Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer	
5.1.1	Ordentliche Kündigung	
5.1.2	Kündigung im Schadenfall	
5.1.3	Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages	
5.2	Kündigungsverzicht durch den Versicherer	
5.3	Übrige Beendigungsgründe	
<b>6</b>	<b>Leistungen</b>	Seite 5
6.1	Begriffsdefinitionen	
6.1.1	Krankheit	
6.1.2	Unfall	
6.1.3	Mutterschaft	
6.2	Leistungsbereich	
6.2.1	Örtlicher Leistungsbereich	
6.2.2	Zeitlicher Leistungsbereich	
<b>1</b>	<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen</b>	

<b>Gemeinsame Bestimmungen</b>		
<b>6</b>	<b>Leistungen</b>	Seite 5
6.3	Versicherte Leistungen	
6.3.1	Leistungsumfang	
6.3.2	Wirtschaftlichkeit der Behandlung	
6.3.3	Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen	
6.4	Leistungsbeschränkungen	
6.4.1	Vorbestandene Krankheiten und Unfälle	
6.4.2	Leistungsausschluss	
6.4.3	Leistungseinschränkungen	
<b>7</b>	<b>Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	Seite 6
7.1	Meldepflicht	
7.2	Schadenminderung	
7.3	Auskunftspflicht	
<b>8</b>	<b>Prämien und Zahlungen</b>	Seite 7
8.1	Prämienfestsetzung	
8.1.1	Im Allgemeinen	
8.1.2	Prämienhöhe	
8.1.3	Familienrabatt	
8.2	Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung	
8.3	Prämienzahlung	
8.3.1	Fälligkeit	
8.3.2	Zahlungsverzug	
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	
<b>9</b>	<b>Leistungen Dritter</b>	Seite 8
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	Übersversicherung	
<b>10</b>	<b>Kundenkarte</b>	Seite 8
<b>11</b>	<b>Datenschutz</b>	Seite 8
<b>12</b>	<b>Mitteilungen</b>	Seite 8
<b>13</b>	<b>Gerichtsstand</b>	Seite 9
<b>14</b>	<b>Inkraftsetzung</b>	Seite 9

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Zweck

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

### 1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger 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,

## 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen

- 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**

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

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, zurücktreten. Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

### 5.1.3 Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

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

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die 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 Vertrages wegen versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

### 5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

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

## 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:

- Knochenbrüche,
- Verrenkungen von Gelenken,
- Meniskusrisse,
- Muskelrisse,
- Muskelzerrungen,
- Sehnenrisse,
- Bandläsionen,
- 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 Durchfüh-

zung 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 Grossschadenereignisse 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 (Familienpolice).
- für Prämienbefreiung ab drittem Kind: dass die zwei ältesten, im gleichen Haushalt (Familienpolice) 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 Anspruchsberechtigung.

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

#### 8.3.2 Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch die 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

Bei Vorliegen mehrerer privater Versicherungen werden die Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen subsidiär zu den Leistungen des anderen Versicherers gewährt. Ist in den Versicherungsbedingungen des anderen Versicherers ebenfalls eine Subsidiärklausel vorgesehen, so sind die Regelungen über die Doppelversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz anwendbar.

### 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die entsprechenden Besonderen Bedingungen.

## 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 Prämien­differenz 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.



