

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG

Ausgabe 1. Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Grundsatz
- 1.2. Versicherungsträger
- 1.3. Gegenstand der Versicherung
- 1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung
- 1.6. Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

2. Versicherungen

- 2.1. Versicherungsmöglichkeiten
- 2.2. Änderungen der Versicherungen
- 2.3. Versicherungskombinationen
- 2.4. Gewählte Versicherung

3. Versicherte Personen

- 3.1. Einzelversicherung
- 3.2. Kollektivversicherung

4. Beginn und Dauer der Versicherung

- 4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss
 - 4.1.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss
 - 4.1.2. Auskunftspflicht
 - 4.1.3. Unterlagen, Dokumente
 - 4.1.4. Widerrufsrecht
- 4.2. Beginn der Versicherung
- 4.3. Dauer der Versicherung
 - 4.3.1. Im Allgemeinen
 - 4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
 - 4.3.3. Verlängerung der Versicherung
- 4.4. Änderung der Versicherung
 - 4.4.1. Änderung durch 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

5. Beendigung der Versicherung

- 5.1. Kündigung durch 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

6. Leistungen

- 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

6.3. Versicherte Leistungen

- 6.3.1. Leistungsumfang
- 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- 6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
- 6.4. Leistungseinschränkungen
 - 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
 - 6.4.2. Leistungsausschluss
 - 6.4.3. Leistungseinschränkungen

7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall

- 7.1. Meldepflicht
- 7.2. Schadenminderung
- 7.3. Auskunftspflicht

8. Prämien und Zahlungen

- 8.1. Prämienfestsetzung
 - 8.1.1. Im Allgemeinen
 - 8.1.2. Prämienhöhe
 - 8.1.3. Familienrabatt
- 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
- 8.3. Prämienzahlung
 - 8.3.1. Fälligkeit
 - 8.3.2. Zahlungsverzug
- 8.4. Überschussbeteiligung
 - 8.4.1. Grundsatz
 - 8.4.2. Voraussetzung
 - 8.4.3. Auszahlung
- 8.5. Sonstige Zahlungsbestimmungen
 - 8.5.1. Verrechnung
 - 8.5.2. Verpfändung und Abtretung
 - 8.5.3. Leistungsauszahlung
 - 8.5.4. 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. Mitteilungen

11. Gerichtsstand

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundsatz

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

1.2. Versicherungsträger

Die Versicherungsträger für die vermittelten Versicherungen sind die RVK Rück Luzern, die Solida Versicherungen AG, Zürich, die Zürich Versicherungen, die Winterthur Versicherungen, die Europäische Reiseversicherungs AG, Basel, und die innova Versicherungen AG, Gümligen. Die vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte vita surselva, Ilanz (im folgenden Versicherer).

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

1.3. Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen ist.

Sofern es in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen vorgesehen ist, kann die Unfallddeckung ausgeschlossen werden.

1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den AVB vor.

1.6. Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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

2. Versicherungen

2.1. Versicherungsmöglichkeiten

Die auf eigene Rechnung geführten Versicherungen nach diesen AVB sind:

- ALLGEMEINER ZUSATZ (AZ)
- SURSELVA KOMBI A (SKA)
- SPITALTAGGELD (STG)
- CUMPLETTA

Die vermittelten Versicherungen sind:

- ACTIVA B
- ACTIVA C
- ACTIVA Switch
- ACTIVA Comfort
- Zahnpflegeversicherung DENTA
- Taggeldversicherung (TG)
- UTI Kapitalversicherung für Tod und Invalidität infolge Unfall
- KTI Kapitalversicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit
- Todesfallkapital- und Invalidenrentenversicherung (KUTIR)
- Ferien- und Reiseversicherung VACANZA
- Touristenversicherung (TV)

2.2. Änderungen der Versicherungen

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

2.3. Versicherungskombinationen

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

2.4. Gewählte Versicherung

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den AVB und den ZB der einzelnen Versicherungen abweichen, sind in der Versicherungspolice vermerkt.

3. Versicherte Personen

3.1. Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2. Kollektivversicherung

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten bzw. versicherbaren Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mit vorgedrucktem Formular des Versicherers. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

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

4.1.2. Auskunftspflicht

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

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

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder auf seine Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen.

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

4.1.3. Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB sowie die Zusatzbedingungen ZB

4.1.4. Widerrufsrecht

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

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

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

4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

4.3.3. Verlängerung der Versicherung

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

4.4. Änderung der Versicherung

4.4.1. Änderung durch den Versicherungsnehmer

Anträge auf eine Abänderung des Versicherungsvertrages mit einer erhöhten Deckung, respektive Anträge, für die eine Gesundheitsdeklaration verlangt wird, gelten als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigungsfristen.

4.4.2. Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z. B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen, neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen, Medikamente, ähnliche Entwicklungen oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im voraus mitgeteilt. Er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungszweigen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Vertragsbedingungen.

4.5. Sistierung der Versicherung

4.5.1. Voraussetzung

Die Sistierung der Versicherung in allen oder einzelnen Versicherungen kann schriftlich beantragt werden, soweit nachweislich eine anderweitige Versicherungsdeckung besteht. Während der Sistierung wird eine reduzierte Prämie erhoben.

4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

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

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

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

5. Beendigung der Versicherung

5.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

5.1.1. Ordentliche Kündigung

Die einzelnen Versicherungen können jeweils bis spätestens 31. März auf den 30. Juni oder bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Vorbehalten bleiben abweichende Kündigungsbestimmungen gemäss ZB der einzelnen Versicherungen.

5.1.1. Kündigung im Schadenfall

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

5.1.2. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

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

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

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

5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer

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

5.3. Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

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

6. Leistungen

6.1. Begriffsdefinitionen

6.1.1. Krankheit

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

6.1.2. Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

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

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

6.1.3. Mutterschaft

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

6.2. Leistungsbereich

6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich

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

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

6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch.

Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

6.3. Versicherte Leistungen

6.3.1. Leistungsumfang

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

6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

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

6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

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

6.4. Leistungseinschränkungen

6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

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 vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden.
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden.
- c) während einer Karenzzeit.

- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt.
- e) für Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit in den ZB der abgeschlossenen Versicherung 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 Beteiligungen an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem, sowie bei ausländischem Militärdienst.
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt.
- l) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten.
- m) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen.
- n) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie.
- o) für Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn, (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird.
- p) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- q) für epidemische Erkrankungen.

Allfällige weitere Leistungsausschlüsse sind in den ZB der einzelnen Versicherungen festgehalten.

6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

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

7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall

7.1. Meldepflicht

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

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

7.2. Schadenminderung

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

7.3. Auskunftspflicht

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

Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt der Versicherer.

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

Bei nicht handlungsfähigen Personen haben die Versicherungsnehmer die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8. Prämien und Zahlungen

8.1. Prämienfestsetzung

8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherung festgesetzt.

8.1.2. Prämienhöhe

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

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

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3. Familienrabatt

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

8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

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

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.3. Prämienzahlung

8.3.1. Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung.

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

8.3.2. Zahlungsverzug

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

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten.

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

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

8.4. Überschussbeteiligung

8.4.1. Grundsatz

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

8.4.2. Voraussetzung

Voraussetzung einer allfälligen Überschussbeteiligung ist, dass die versicherte Person während mindestens einem Kalenderjahr keinerlei Leistungen beim Versicherer bezogen hat. Darunter fallen sämtliche Versicherungen, inklusive die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine Taggeldversicherung nach KVG.

8.4.3. Auszahlung

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

8.5. Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.5.1. Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer verrechnen.

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

8.5.2. Verpfändung und Abtretung

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

8.5.3. Leistungsauszahlung

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist die versicherte Person Honorarschuldnerin.

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

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

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Versicherer zurückgefordert.

8.5.4. Verjährung

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

9. Leistungen Dritter

9.1. Subsidiarität

9.1.1. Im Allgemeinen

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

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

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3. Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, so wird 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 Gesamtschadenssumme, der dieser Deckung entspricht.

9.1.4. Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

9.2. Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KVG, UVG, IV, MV, AHV, AVI, etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

9.3. Vorleistungen und Regress

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

9.4. Überversicherung

Den Versicherten darf aus den Leistungen nach diesen AVB oder durch zusammentreffen mit Leistungen anderer Versicherungsträger kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

10. Mitteilungen

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

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

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

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

11. Gerichtsstand

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