

## Alternativversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 01.2010

### Inhaltsverzeichnis

1	Versicherer	1	10	Wohnortwechsel	2
2	Ergänzungsversicherungscharakter	1	11	Leistungsumfang	2
3	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	1	12	Leistungseinschränkungen	2
4	Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	1	13	Leistungskürzungen	3
5	Prämienrückerstattung	2	14	Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen	3
6	Ersatzpolice	2	15	Versicherungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche	3
7	Mahnung und Zahlungsverzug	2	16	Verträge mit Leistungserbringern	3
8	Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einzelne Leistungen	2	17	Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer	3
9	Wechsel der Tarifaltersgruppe	2	18	Gerichtsstand	3

Auf der Police sind die versicherten Personen sowie die versicherten Leistungen aufgeführt, ferner auch das Beginndatum des Versicherungsschutzes, die Vertragsdauer und allfällige besondere Vereinbarungen.

Ergänzend zu diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

#### 1 Versicherer

Die CSS Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern (nachfolgend «Versicherer» genannt) ist Trägerin der Versicherungen nach diesen AVB. Die Versicherungsleistungen werden von der CSS in ihrer Eigenschaft als Partei des Versicherungsvertrages erbracht, soweit die AVB nichts Abweichendes festhalten. Die Sanagate AG ist ermächtigt, Anzeigen und Mitteilungen für die CSS entgegenzunehmen und ihre Mitteilungen und Anzeigen an die Versicherungsnehmer und versicherten Personen zu kommunizieren. Anzeigen und Mitteilungen an die Sanagate AG gelten ebenso als rechtsgültig an die CSS erfolgt.

#### 2 Ergänzungsversicherungscharakter

Alle Leistungen sind, insbesondere in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), versichert.

#### 3 Krankheit, Unfall, Mutterschaft

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

3.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Auf der Police ist für jede Leistung aufgeführt, ob Unfälle mitversichert sind.

Wo in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Krankheit die Rede ist, gilt dies sinngemäss auch für Unfälle.

3.3 Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringt der Versicherer die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

#### 4 Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

4.1 Die Vertragsdauer ist auf der Police aufgeführt.

Die Versicherung verlängert sich danach stillschweigend um je ein Jahr.

4.2 Auf Ende der Vertragsdauer kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende jedes Versicherungsjahres kündigen.

Im Zeitpunkt der Kündigung hängige Versicherungsfälle bleiben geschuldet.

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein Kündigungsrecht auf Vertragsende.

- 4.3 Im Versicherungsfall, für den der Versicherer Leistungen erbringt, kann die versicherte Person schriftlich kündigen. Der Versicherer verzichtet hingegen ausdrücklich auf sein Kündigungsrecht im Leistungsfall.
- 4.4 Für Änderungen der Prämien, der Kostenbeteiligungsregeln, sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen findet Artikel 7 Anwendung.
- 4.5 Die Versicherung erlischt bei:
  - a) Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
  - b) vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als einem Jahr auf das Ende des Versicherungsjahres.

**5 Prämienrückerstattung**

Wird der Vertrag vor Vertragsende aufgehoben, erstattet der Versicherer die bezahlte Prämie anteilmässig zurück, es sei denn die versicherte Person habe den Versicherungsvertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres gekündigt (vgl. Art. 42 Abs. 3 VVG).

**6 Ersatzpolice**

Ersetzt der Vertrag einen früheren des Versicherers, werden früher bezogene, begrenzte Leistungen aus der ersetzten Police bei künftigen Leistungen angerechnet.

**7 Mahnung und Zahlungsverzug**

- 7.1 Wird die Prämie nicht innert der auf der Rechnung aufgeführten Frist bezahlt, wird die versicherte Person unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert einer Nachfrist von 14 Tagen gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 7.2 Nach Ablauf der Mahnfrist hat die versicherte Person einen gesetzlichen Verzugszins zu entrichten. Die Kosten der Mahnung werden von der versicherten Person getragen.
- 7.3 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, tritt der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, ohne weitere Vorkehrungen vom Vertrag zurück.
- 7.4 Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während des Ruhens der Leistungspflicht ereignen, auch nach Bezahlung der rückständigen Prämie nicht leistungspflichtig.

**8 Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einzelne Leistungen**

- 8.1 Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise, Selbstbehalte), kann der Versicherer den Vertrag anpassen.
- 8.2 Der Versicherer ist berechtigt, für die einzelnen Leistungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) anzupassen, nämlich bei Ausweitung der Zahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern, infolge Entwicklungen der modernen Medizin oder infolge der Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen.
- 8.3 Der Versicherer gibt Ihnen die Änderungen bis spätestens 25

Tage vor Ende des Versicherungsjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit den Änderungen nicht einverstanden, kann sie den Vertrag kündigen. Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Kalenderjahres beim Versicherer eintrifft. Erhält der Versicherer innert 25 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung der versicherten Person.

**9 Wechsel der Tarifaltersgruppe**

- 9.1 Der Versicherer kann die Prämien auf den Beginn der folgenden Tarifaltersgruppen anpassen:

0. – 18. Altersjahr	46. – 50. Altersjahr
19. – 25. Altersjahr	51. – 55. Altersjahr
26. – 30. Altersjahr	56. – 60. Altersjahr
31. – 35. Altersjahr	61. – 65. Altersjahr
36. – 40. Altersjahr	66. – n. Altersjahr
41. – 45. Altersjahr	

- 9.2 Diese Prämienanpassungen berechtigen zu einer Kündigung. Ziffer 8.3 gilt sinngemäss.

**10 Wohnortwechsel**

Ein Wohnortwechsel ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Hat dieser Wechsel eine Prämienänderung zur Folge, passt der Versicherer die danach fällig werdenden Prämien an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.

**11 Leistungsumfang**

- 11.1 Der Versicherer bezahlt 80% der versicherten Kosten für nach den Methoden der Erfahrungsmedizin durchgeführte ambulante oder stationäre Behandlungen (wie z.B. Akupunktur, TCM, Osteopathie, Kinesiologie, Ayurveda), soweit sie der Behandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen dienen, von einem Arzt, einem vom Versicherer anerkannten Naturarzt oder einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Unter anerkannten Naturheilärzten und Therapeuten versteht der Versicherer Personen, welche für die entsprechende komplementärmedizinische Therapieform/Massnahme die vom Versicherer in Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten erarbeiteten, für jede Therapieform/Massnahme spezifischen Anerkennungskriterien erfüllen.

Der Versicherer führt eine entsprechende Liste der anerkannten Methoden und eine Liste der anerkannten Leistungserbringer. Der Versicherte kann die jeweils aktuelle Liste jederzeit anfordern.

- 11.2 Der versicherte Höchstbetrag pro Kalenderjahr ist auf der Police aufgeführt.

**12 Leistungseinschränkungen**

Nicht versichert sind Leistungen, soweit sie sich nicht auf das durch das Interesse des Versicherten oder den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken. Für offensichtlich unangemessene Rechnungen gewährt der Versicherer Leistungen nur im Umfang der für die betreffenden Verrichtungen üblichen Taxen.

**13 Leistungskürzungen**

- 13.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag verhältnismässig reduziert.
- 13.2 Der Versicherer verzichtet, Versicherungsleistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen. Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen werden jedoch nicht ersetzt.

**14 Nichtversicherte Leistungen**

Nichtversicherte Leistungen sind:

- 14.1 gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG;
- 14.2 gemäss Ziffer 11 nicht anerkannte, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist;
- 14.3 Leistungen für Mutterschaft und damit zusammenhängende Krankheiten, wenn die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;
- 14.4 Spitalaufenthalte, die nicht der Verbesserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen (chronische Erkrankungen);
- 14.5 Entwöhnungskuren;
- 14.6 kosmetische Behandlungen;
- 14.7 Zellulärtherapie;
- 14.8 Krankheiten und Unfälle infolge von Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie Verwendung der Atomenergie zu militärischen Zwecken in Kriegs- und Friedenszeiten;
- 14.9 Unfälle, verursacht durch Erdbeben oder bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch den Versicherten;
- 14.10 Krankheiten und Unfälle infolge von Eingehen aussergewöhnlicher Gefahren und Wagnissen;
- 14.11 Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
- 14.12 Leistungen bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Leistungserbringer.

**Leistungseinschränkungen:**

- 14.13 Leistungen im Ausland erbringt der Versicherer nur und solange dem Versicherten keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist. Der Versicherer bezahlt Leistungen, deren Umfang vom Versicherten nachzuweisen ist, bis zu dem auf der Police allenfalls aufgeführten Betrag und in der Höhe, wie am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten.

**15 Versicherungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche****15.1 Versicherungsfall:**

Ein Versicherungsfall ist eine Rechnung eines Leistungserbringers über seinen Aufwand für vertragliche Leistungen innerhalb von längstens drei Monaten. Endet der Vertrag, erlischt die Bezugsberechtigung spätestens nach drei Monaten.

**15.2 Mitteilung:**

Spitaleintritte sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Auf Antrag erteilt der Versicherer eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.

**15.3 Geltendmachung der Ansprüche:**

Zur Geltendmachung der Ansprüche sind dem Versicherer Originalrechnungen vorzulegen, aus denen die einzelnen Leistungen und deren Rechtmässigkeit ersichtlich sind.

**16 Verträge mit Leistungserbringern**

Der Versicherer behält sich vor, zugunsten der Versicherten Leistungstarife und andere Leistungsabkommen zu vereinbaren.

**17 Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer**

- 17.1 Bei Leistungsfällen, für die ein UVG-, KVG-Versicherer, die MV oder IV entschädigungspflichtig ist, bezahlt der Versicherer im Rahmen der versicherten Leistungen nur den von diesen Versicherern nicht gedeckten Teil der geschuldeten Leistungen.
- 17.2 Bei Doppel- oder Mehrfachversicherung leistet der Versicherer anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

**18 Gerichtsstand**

Bei Rechtsstreitigkeiten kann die versicherte Person gegen den Versicherer am schweizerischen Wohnsitz oder in Luzern-Stadt Klage erheben.