

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen (KZV)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	
1 Einleitung	
2 Versicherer	
3 Versicherte Personen	
4 Vertragsgrundlagen	
Umfang der Versicherung	
5 Gegenstand der Versicherung	
6 Örtlicher Geltungsbereich	
Definitionen	
7 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft	
8 Anerkannte Leistungserbringer	
Beginn und Ende der Versicherung	
9 Beginn und Dauer der Versicherung	
10 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	
11 Kündigungsverzicht und Anpassung der AVB und ZVB	
Prämien und Kostenbeteiligung	
12 Prämienanpassung	
13 Prämienzahlung	
14 Rückzahlung von Jahresfranchisen und Selbstbehalt	
15 Rückerstattung der Prämie	
16 Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt	
Pflichten der versicherten Person	
17 Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer	
18 Obliegenheiten im Schadenfall	
19 Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten	
20 Zahlungspflicht	
Einschränkung des Versicherungsschutzes	
21 Leistungsausschlüsse	
22 Subsidiarität und Leistungen Dritter	
23 Vorleistung und Regressrecht	
24 Verrechnung	
25 Verpfändung und Abtretung von Leistungen	
26 Tarife der Leistungserbringer	
27 Honorarvereinbarungen	
Verschiedenes	
28 Versichertenkarte	
29 Mitteilungen	
30 Datenschutz	
31 Gerichtsstand	
32 Besonderes Kündigungsrecht	

Allgemeines

1 Einleitung	Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen bilden Basis für sämtliche Krankenzusatzversicherungen, deren Inhalt in Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) geregelt ist.
	Begriffs- resp. Personenneutralität Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.
2 Versicherer	Die Helsana Zusatzversicherungen AG erbringt die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den versicherten Personen und wird als «Versicherer» bezeichnet.
3 Versicherte Personen	Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.
4 Vertragsgrundlagen	Der Versicherungsvertrag unterliegt, soweit nicht die Vertragsbestimmungen eine abweichende Regelung enthalten, den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).
Umfang der Versicherung	
5 Gegenstand der Versicherung	
5.1	Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen sowie nach Massgabe der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Dauer, in welcher die Versicherung besteht.
5.2	In der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Versicherungen abgeschlossen und ob Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) vereinbart wurden.
6 Örtlicher Geltungsbereich	Die Versicherung gilt, wo nicht etwas anderes festgehalten ist, auf der ganzen Welt.



Definitionen

7 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft

- 7.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 7.2 Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 365 Tagen beim Versicherer für Krankheit versichert gewesen ist und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistung nicht ausgeschlossen ist.
- 7.3 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat.
- 7.4 Unfallähnliche Körperschädigungen gemäss Unfallversicherungsgesetzgebung sind den Unfällen gleichgestellt.

8 Anerkannte Leistungserbringer

- 8.1 Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung als solche anerkannt sind.
- 8.2 Abweichungen von Ziff. 8.1 sind in den ZVB geregelt.

Beginn und Ende der Versicherung

9 Beginn und Dauer der Versicherung

- 9.1 Die Versicherungsdeckung beginnt, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme des Antrages mitgeteilt hat, frühestens jedoch ab dem in der Police aufgeführten Tag.
- 9.2 Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit des Versicherungsjahrs erhoben. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.
- 9.3 Die Versicherung erlischt:
- a) mit dem Tod der versicherten Person
 - b) mit dem Erreichen des vereinbarten Alters, bis zu welchem der Versicherer Versicherungsschutz gewährt
 - c) mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist
 - d) bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von mehr als 5 Jahren, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde
 - e) bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, grundsätzlich auf Ende des Kalenderjahres, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde
 - f) in der Taggeldversicherung bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit, spätestens bei Erreichen des 70. Altersjahres

10 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 10.1 Die Versicherung kann für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden.
- 10.2 Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist.
- 10.3 Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme die betroffene Versicherung kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer.

11 Kündigungsverzicht und Anpassung der AVB und ZVB

- 11.1 Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen und im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Vorbehalten bleibt der Rücktritt bei vertragswidrigem Verhalten.
- 11.2 Der Versicherer ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die Allgemeinen und die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB und ZVB) anzupassen:
- a) Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern
 - b) Entwicklungen der modernen Medizin
 - c) Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches
 - d) Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- 11.3 Werden im Laufe der Versicherung die Allgemeinen oder die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen aufgrund der Bestimmungen gemäss Ziff. 11.2 angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechenden Versicherungen auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.



Prämien und Kostenbeteiligung

12 Prämienanpassung

- 12.1 Die Prämien werden grundsätzlich dem Lebensalter der versicherten Personen entsprechend angepasst.
- 12.2 Die Prämien für über 65-jährige versicherte Personen betragen maximal das Dreifache der Prämien für 30-Jährige und für über 70-Jährige maximal das Vierfache der Prämien für 30-jährige versicherte Personen.
- 12.3 Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf den Zeitpunkt, in dem dieser erfolgt, angepasst.

13 Prämienzahlung

- 13.1 Die Prämien sind für die Versicherungsperiode im Voraus geschuldet.
- 13.2 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung für die ganze Versicherungsperiode zu leisten, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 13.3 Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

14 Rückzahlung von Jahresfranchisen und Selbstbehalt

- 14.1 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.
- 14.2 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, gelten Ziff. 13.2 und 13.3 AVB sinngemäss.

15 Rückerstattung der Prämie

- 15.1 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.
- 15.2 Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung, wenn der Vertrag weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer die Vertragsauflösung durch Kündigung veranlasste.

16 Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt

Der Versicherer kann Prämientarif, Franchise oder Selbstbehalt aufgrund des Altersgruppenwechsels, der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfanges jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die betreffenden Versicherungen auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Pflichten der versicherten Person

17 Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer

- 17.1 Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie beim Abschluss der Versicherung bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den ganzen Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 17.2 Wird die Versicherung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.
- 17.3 Die Antragsteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden und sie zu ermächtigen, dem Versicherer jede verlangte Auskunft zu erteilen.
- 17.4 Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihre berufliche Tätigkeit, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.



18 Obliegenheiten im Schadenfall

- 18.1 Die versicherte Person hat alles zu unternehmen, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.
- 18.2 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer sämtliche Rechnungen von Spitälern, Ärzten, medizinischem Personal usw. einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen anerkannt. Ausserdem kann der Versicherer ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege usw. von der versicherten Person einverlangen.
- 18.3 Der Eintritt in ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber nach 5 Tagen, zu melden. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen. Zusätzliche Vergütungsvoraussetzungen richten sich nach den jeweiligen Bestimmungen der einzelnen Versicherungen.

19 Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten

- 19.1 Werden im Schadenfall die gebotenen Meldepflichten oder Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer die Leistungen verweigern oder nach seinem Ermessen festlegen.
- 19.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Meldepflicht den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist.

20 Zahlungspflicht

Die Versicherungsnehmer sind gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Sie akzeptieren jedoch anderslautende Verträge zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer beinhalten.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

21 Leistungsausschlüsse

- 21.1 Keine Versicherungsdeckung besteht für:
- Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die bei Abschluss der Versicherung schon bestanden haben
 - Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden
 - Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung; als unwirtschaftlich gelten medizinische Massnahmen, die sich nicht auf das Interesse der versicherten Person und das für den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken; die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein
- kosmetische Behandlungen und Operationen
 - Zahnbehandlungen, sofern in einzelnen Versicherungen eine Deckung nicht ausdrücklich vorgesehen ist
 - Krankheiten und Unfälle als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren; als solche gelten:
 - Teilnahme an Unruhen
 - ausländischer Militärdienst
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, versicherte Personen seien als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
 - Gefahren, denen sich versicherte Personen dadurch aussetzen, dass sie andere stark provozieren
 - Krankheiten und Unfälle als Folge von Wagnissen; Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken; Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind
 - Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein
 - im Ausland, es sei denn, versicherte Personen erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten, und sie seien vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden
 - Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
 - Krankheiten und Unfälle infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien
 - Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, Solothurn (SVK), Fallpauschalen vereinbart hat; dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen
 - gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
 - Selbstverstümmelung, Selbsttötung sowie den Versuch dazu
- 21.2 Weitere Leistungsausschlüsse gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen bleiben vorbehalten.



22 Subsidiarität und Leistungen Dritter

- 22.1 Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen werden jeweils im Nachgang zu den Leistungen von Sozialversicherern erbracht. Bei Leistungspflicht anderer Privatversicherer leistet der Versicherer anteilmässig im Verhältnis seiner Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen.
- 22.2 Sind für die Folgen von Krankheit oder Unfall haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer seine Leistungen vorbehaltlich Ziff. 23 AVB nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung der Leistungen Dritter der versicherten Person kein Gewinn erwächst.

23 Vorleistung und Regressrecht

- 23.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung entrichten, dass ihm die versicherte Person ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegensteht.
- 23.2 Treffen versicherte Personen mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung vom Versicherer eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer dahin.

24 Verrechnung

- 24.1 Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnen.
- 24.2 Die versicherte Person hat gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

25 Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung des Versicherers können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

26 Tarife der Leistungserbringer

Der Versicherer anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

27 Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsteller und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Verschiedenes

28 Versichertenkarte

- 28.1 Die versicherten Personen einiger Krankenzusatzversicherungen erhalten die Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis über abgeschlossene Versicherungen gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z.B. Medikamente.
- 28.2 Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonst wie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonst wie abhanden, ist der Versicherer unverzüglich darüber zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.
- 28.3 Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer dadurch entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Kosten und Umtriebe zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten im Sinne von Art. 45 VVG.

29 Mitteilungen

- 29.1 Mitteilungen an den Versicherer sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten.
- 29.2 Die versicherte Person erhält Mitteilungen vom Versicherer an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz zugestellt.
- 29.3 Weitere Informationen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage des Versicherers sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.



30 Datenschutz

30.1 Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die übrigen Gesellschaften der Helsana-Gruppe bearbeiten die personenbezogenen Informationen der versicherten Personen für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Patientenberatung und -betreuung, aber auch, um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die sie ihren potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen versicherten Personen anbieten, fortlaufend zu verbessern. Der Versicherer kann die Bearbeitung der Daten auch in Auftrag geben.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der versicherten Personen möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen der Helsana Zusatzversicherungen AG oder der Gesellschaften der Helsana-Gruppe oder Partnerunternehmen (namentlich aufgeführt auf der Website des Versicherers) anzubieten, die kostengünstig sind oder für die sich die potenziellen, bestehenden oder ehemaligen versicherten Personen interessieren könnten, werden die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet.

Der Helsana Zusatzversicherungen AG und den anderen Gesellschaften der Helsana-Gruppe ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und dieses ausschliesslich im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken zu bearbeiten.

30.2 Mitglieder der Helsana-Gruppe sind die Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG, Avanex Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, Sansan Versicherungen AG, Maxi.ch Versicherungen AG, Helsana Beteiligungen AG und die Procare Vorsorge AG.

30.3 Die aktuellen Partnerunternehmen der Helsana Zusatzversicherungen AG sind auf der Website des Versicherers aufgeführt.

30.4 Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Helsana-Gruppe unterstehen besonders strengen Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb der Helsana-Gruppe bekannt gegeben. Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist.

30.5 Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen erfordern. Anschliessend werden die Personendaten gelöscht.

31 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Personen und der Anspruchsberechtigten oder die Gerichte am Sitz des Versicherers zuständig.

32 Besonderes Kündigungsrecht

Für Versicherungsdeckungen, die vor dem 1.1.2008 in Kraft waren, hat der Versicherungsnehmer das Recht, in Abweichung von Ziffer 10.3, 11.3 sowie 16 dieser AVB den ganzen Vertrag zu kündigen.



Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL FLEX

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Zweck
- Leistungen**
- 2 Leistungsvoraussetzung
- 3 Spitalleistungen
- 4 Dauer der Spitalleistungen
- 5 Leistungen im Ausland
- 6 Leistungen für Neugeborene
- 7 Geburtspauschale
- 8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)
- 9 Badekuren
- 10 Erholungskuren
- 11 Haushaltshilfe
- 12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe
- 13 Kinderhütedienst
- 14 Leistungsausschlüsse
- Versicherungsvarianten**
- 15 Versicherungsvariante mit Spitalwahlbeschränkung
- Prämien**
- 16 Prämienanpassung
- Diverses**
- 17 Bonussystem
- 18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

Allgemeines

1 Zweck

- 1.1 Die Spitalzusatzversicherung HOSPITAL FLEX entrichtet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen in folgendem Umfang:
 - Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz: Kosten für zusätzlichen Hotelleriekomfort und Kosten für die Arztwahl infolge eines Aufenthaltes in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung für akute Gesundheitsschäden in einem Spital sowie einschliesslich Rehakliniken und psychiatrische Kliniken
 - Beitrag an Spitalbehandlungen im Ausland; und gewährt zusätzlich Beiträge, sofern diese mitversichert sind, an:
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Akut- und Übergangspflege
 - Bade- und Erholungskuren
 - Haushaltshilfe
 - Kinderhütedienst

- 1.2 Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

Leistungen

2 Leistungsvoraussetzung

- 2.1 Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.
- 2.2 Für den Bezug von Leistungen infolge Mutterschaft muss die Versicherung seit mindestens 365 Tagen ab Versicherungsbeginn bestehen.
- 2.3 Die Leistungen bei Aufenthalt in einem Spital werden nur bei Spitalbedürftigkeit ausgerichtet.

3 Spitalleistungen

- 3.1 Spätestens beim Eintritt ins Spital entscheidet die versicherte Person, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will. Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung wird keine Kostenbeteiligung auferlegt, in der halbprivaten oder privaten Abteilung schuldet die versicherte Person die in der Police festgelegte Kostenbeteiligung.
- 3.2 Bei Aufenthalt und Behandlung in einem Spital, einer Rehaklinik oder psychiatrischen Klinik, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen, umfassen die Leistungen die im Rahmen der vom Versicherer für die betreffende Institution anerkannten Tarife. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten nach Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspital), besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (Helsana-KVG-Vertragsspital).

Der Versicherer führt eine Liste der Helsana-KVG-Vertragsspitäler, welche über die anerkannten Leistungsspektren Auskunft gibt. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.



3.3 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und durch den Spital angeordnet werden, vergütet der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 100.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.

4 Dauer der Spitalleistungen

4.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital und in einer Rehaklinik werden die versicherten Leistungen für akute Gesundheitsschäden zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Spital medizinisch notwendig und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.

4.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 60 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

5 Leistungen im Ausland

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland wird an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlungen und für die Unterkunft und Verpflegung der vereinbarte Betrag pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

6 Leistungen für Neugeborene

Der Versicherer übernimmt die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen aus der vorliegenden HOSPITAL FLEX der Mutter während deren Spitalaufenthaltsdauer, höchstens jedoch während 10 Wochen.

7 Geburtspauschale

Erfolgt die Geburt in einem ambulanten Geburtshaus, zu Hause oder ambulant in einem Spital, bezahlt der Versicherer die vereinbarte Geburtspauschale.

8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)

Bei einer stationären Behandlung im Spital gewährt der Versicherer Beiträge an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson im Spital. Die versicherte Leistung wird während maximal 15 Tagen pro Kalenderjahr ausbezahlt.

9 Badekuren

9.1 Leistungen an Badekuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.

9.2 Die Badekur muss vor Kurantritt ärztlich verordnet sein und erfolgt stationär in einem ärztlich geleiteten inländischen oder europäischen Heilbad, welches vom Versicherer anerkannt ist.

9.3 Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Antritt der Badekur hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

10 Erholungskuren

10.1 Leistungen an Erholungskuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.

10.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten Kurhaus durchgeführt werden.

10.3 Die Erholungskur muss ärztlich verordnet und zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig sein. Die ärztliche Kurverordnung ist dem Versicherer 10 Tage vor Antritt der Erholungskur unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts einzureichen.



11 Haushalthilfe

- 11.1 Leistungen für Haushalthilfe werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind und wenn eine versicherte Person aufgrund einer akuten Erkrankung und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt.
- 11.2 Die Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- 11.3 Bei einem Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe

Für Bade- und Erholungskuren bezahlt der Versicherer die ausgewiesenen Kosten, höchstens jedoch CHF 100.– pro Tag, während zusammen maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr. An die ausgewiesenen Kosten der Haushalthilfe werden CHF 50.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

13 Kinderhütendienst

- 13.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, die Kosten der Fremdbetreuung für eines oder mehrere unter elterlicher Gewalt der versicherten Person stehenden Kinder unter 15 Jahren, wochentags während den üblichen Arbeitszeiten, bis maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr.
- 13.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die vom Versicherer bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

14 Leistungsausschlüsse

- 14.1 In Ergänzung zu den unter Ziff. 21 AVB aufgeführten Leistungsausschlüssen werden aus der HOSPITAL FLEX keine Leistungen erbracht:
- bei der Behandlung und Pflege chronisch psychisch kranker Personen
 - bei Aufenthalten in Pflegeheimen
 - bei Aufenthalten in psychiatrischen Tages- oder Nachtkliniken
 - bei Aufenthalten in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital, wenn die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen wurde
- 14.2 Ziff. 21.1 lit. I AVB findet vorliegend keine Anwendung.

Versicherungsvarianten

15 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

- 15.1 Der Versicherer kann gegen eine Prämienreduktion eine Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl anbieten. Der Versicherer führt für diese Variante eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 15.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.
- 15.3 Die vorliegende Versicherungsvariante kann zusammen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen werden. Für versicherte Personen, welche diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung. Wird diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gekündigt oder aufgehoben, so kann die entsprechende Versicherungsvariante nicht mehr weitergeführt werden. Es erfolgt automatisch die Umteilung in die HOSPITAL FLEX ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

Prämien

16 Prämienanpassung

- 16.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.
- 16.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen findet auf das Produkt HOSPITAL FLEX keine Anwendung.



Diverses

17 Bonussystem

Der Versicherer behält sich vor, ein Bonussystem in die vorliegende Spitalzusatzversicherung einzubauen. Die versicherten Personen werden automatisch in das um diese Systemänderung angepasste Versicherungsprodukt umgeteilt. In Abweichung von den ordentlichen Kündigungsbestimmungen der AVB haben diese Personen das Recht, innert 3 Monaten nach Inkrafttreten der Umteilung rückwirkend von der HOSPITAL FLEX zurückzutreten.

18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

- 18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der FLEX sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandsversicherung usw.) besteht.
- 18.2 Innert 30 Tagen nach Wegfall der anderweitigen Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsdeckung zu reaktivieren, wobei die Prämie im Sinne von Ziff. 12 AVB angepasst wird. Bei Nichtbeachtung dieser Frist gelten für die Weiterführung der Versicherungen die Bedingungen für eine Neuaufnahme.

