

# CSS-Standardversicherung

## Heilungskostenversicherung

### Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe 01.1997

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

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

#### Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Ergänzungsversicherungscharakter	1
Art. 2	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	1
Art. 3	Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	1
Art. 4	Prämienrückerstattung	2
Art. 5	Ersatzpolice	2
Art. 6	Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers	2
Art. 7	Kostenbeteiligung	2
Art. 8	Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre	2
Art. 9	Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) für einzelne Leistungen	2
Art. 10	Wechsel der Tarifaltersgruppe	2
Art. 11	Wohnortswechsel	2
Art. 12	Kinder	3
Art. 13	Leistungsumfang	3
Art. 14	Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche	3
Art. 15	Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen	3
Art. 16	Leistungskürzungen	4
Art. 17	Verträge mit Leistungserbringern	4
Art. 18	Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer	4
Art. 19	Das Gesundheitskonto	4
Art. 20	Gerichtsstand	4
	Beilage: Anhang/Begriffsdefinition	

#### Art. 1 Ergänzungsversicherungscharakter

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

#### Art. 2 Krankheit, Unfall, Mutterschaft

- 2.1 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.
- 2.2 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 Versicherungsbestimmungen von Krankheit die Rede ist, gilt dies sinngemäss auch für Unfälle.
- 2.3 Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringen wir die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

#### Art. 3 Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

- 3.1 Die Vertragsdauer ist auf der Police aufgeführt. Die Versicherung verlängert sich danach stillschweigend um je ein Jahr.
- 3.2 Auf Ende der Vertragsdauer können Sie die Versicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Im Zeitpunkt der Kündigung hängige Leistungsfälle bleiben geschuldet. Wir verzichten ausdrücklich auf unser Kündigungsrecht auf Vertragsende.
- 3.3 Im Leistungsfall, für den wir Leistungen erbringen, können Sie schriftlich kündigen. Wir verzichten hingegen ausdrücklich auf unser Kündigungsrecht im Leistungsfall.
- 3.4 Für Änderungen der Prämien, der Kostenbeteiligungsregeln, der Regelung für den Leistungsfrei-

- heitsrabatt sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen finden Artikel 8 und 9 Anwendung.
- 3.5 Die Versicherung erlischt bei:
- Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
  - vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als einem Jahr auf das Ende des Versicherungsjahres.

#### Art. 4 Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Vertragsende aufgehoben, erstattet wir die bezahlte Prämie anteilmässig zurück, es sei denn:

- Sie haben den Vertrag während des ersten Versicherungsjahres im Leistungsfall gekündigt;
- Sie haben die vertraglichen Verpflichtungen zum Zwecke der Täuschung verletzt.

#### Art. 5 Ersatzpolice

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

#### Art. 6 Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers

30 Tage nach Verfall der Rechnung für Prämien, Kostenbeteiligungen oder andere Zahlungen wird ein Verzugszins verrechnet.

#### Art. 7 Kostenbeteiligung

Für die Versicherten gelten die auf der Police aufgeführten Franchisenbeträge und, wo nichts anderes vermerkt ist, ein genereller Selbstbehalt von 10%. Auf summenmässig begrenzte Leistungen sowie bei Leistungen für Spitalaufenthalt wird der prozentuale Selbstbehalt nicht erhoben.

#### Art. 8 Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre

- 8.1 Jede versicherte Person kommt in den Genuss eines Prämienrabattes, wenn wir während der Beobachtungsperiode keine Leistungen bezahlt haben, welche für die Berechnung des Leistungsfreiheitsrabattes massgeblich sind.
- Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum von Anfang September bis Ende August der drei letzten aufeinanderfolgenden Jahre.
- 8.2 Es gelten folgende Rabattstufen:

Rabattstufe	% der Tarifprämie
0	100
1	75

- 8.3 Der Rabatt ist auf der Police bzw. Prämienübersicht aufgeführt. Die Rabattberechtigung wird jährlich neu geprüft. Wurden in der Beobachtungsperiode die massgebenden Leistungen bezogen, erfolgt die Anpassung der Rabattstufe auf Beginn des neuen Versicherungsjahres.

Mutterschaftsleistungen und Leistungen aus dem Gesundheitskonto der CSS-Standardversicherung zählen für die Berechnung nicht mit. In den Policen zur Kollektiv-Heilungskostenversicherung wird der Rabatt separat geregelt.

- 8.4 Die Anrechnung früherer Versicherungsjahre (vor 01.01.1997) erfolgt in den Übernahmebeständen in Form eines Treuerabattes.

#### Art. 9 Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) für einzelne Leistungen

- 9.1 Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise, Selbstbehalte), können wir den Vertrag anpassen.
- Die Veränderungen der Leistungsfreiheitsrabatte berechtigen nicht zu einer Kündigung.
- 9.2 Wir sind berechtigt, für die einzelnen Leistungen die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (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.
- 9.3 Wir geben Ihnen die Änderungen bis spätestens 25 Tage vor Ende des Versicherungsjahres bekannt. Sind Sie mit den Änderungen nicht einverstanden, können Sie den Vertrag kündigen.
- Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei uns eintrifft. Erhalten wir innert 25 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Ihre Zustimmung.

#### Art. 10 Wechsel der Tarifaltersgruppe

- 10.1 Wir können die Prämien auf den Beginn der folgenden Tarifaltersgruppen anpassen:

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

- 10.2 Bei einer Prämienanpassung infolge des Eintritts in eine höhere Tarifaltersgruppe besteht ein Kündigungsrecht.

#### Art. 11 Wohnortswechsel

Ein Wohnortswechsel ist uns unverzüglich zu melden. Hat dieser Wechsel eine Prämienänderung zur Folge, passen wir die danach fällig werdenden Prämien an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.

## **Art. 12 Kinder**

- 12.1 Wir versichern Neugeborene vorbehaltlos auf den Tag der Geburt, sofern der Antrag spätestens 30 Tage nach der Geburt bei uns eintrifft.
- 12.2 Wir können die für Kinder zu versichernden Leistungen auf diejenigen der Eltern beschränken.

## **Art. 13 Leistungsumfang**

- 13.1 Wir bezahlen:
  - a) die Kosten der Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren und von anderen im KVG aufgeführten Leistungserbringern;
  - b) ärztlich verordnete wissenschaftlich anerkannte Medikamente, ausgenommen Medikamente der «Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten»;
  - c) die Hilfsmittel aufgrund der von uns erstellten Liste;
  - d) an die Auslagen für Brillengläser oder Kontaktlinsen CHF 200, und zwar: pro Brille für Kinder; einmal pro drei Kalenderjahre für Erwachsene;
  - e) notwendige Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaften;
  - f) CHF 200 Stillgeld pro Kind bei einer Mindeststilldauer von 30 Tagen, sofern das Kind bei uns versichert ist;
  - g) gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen;
  - h) Unterbindung ambulant und stationär (allgemeine Abteilung) nach anerkanntem Tarif;
  - i) 50% der Kosten an Zahnstellungskorrekturen (kieferorthopädische Behandlungen, orthodontische Massnahmen) maximal CHF 12 000 pro Versicherten bis zum Erreichen des vollendeten 20. Altersjahres;
  - k) für Kinder 50% von weiteren, nicht anderweitig oder bei der CSS versicherten Zahnbehandlungskosten bis CHF 1000 pro Kalenderjahr;
  - l) die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz, die sich auf der für uns verbindlichen Spitalliste nach KVG und auf der Liste der Spitäler mit von uns anerkanntem Tarif befinden, ohne Selbstbehalt auf die CSS-Standardversicherung;
  - m) solange nicht zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) zählend, für eine psychotherapeutische Behandlung, die durch einen von uns anerkannten Psychotherapeuten durchgeführt wird, pro Kalenderjahr CHF 40 pro Sitzung für 20 Sitzungen.
- 13.2 In Notfällen sind diese Leistungen weltweit versichert; für Spitalleistungen höchstens soweit sie am Wohnort des Versicherten geschuldet sind.
- 13.3 Die freie Wahl unter den Leistungserbringern nach Art. 13.1 Bst. a der CSS-Standardversicherung entfällt, wenn Sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine entsprechende Variante gewählt haben.

## **Art. 14 Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche**

- 14.1 Leistungsfall:  
Ein Leistungsfall 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.
- 14.2 Mitteilung:  
Spitaleintritte sind uns unverzüglich mitzuteilen. Auf Antrag erteilen wir eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.
- 14.3 Geltendmachung der Ansprüche:  
Zur Geltendmachung der Ansprüche sind uns Originalrechnungen und ärztliche Zeugnisse vorzulegen, aus denen die einzelnen Leistungen und deren Rechtmässigkeit ersichtlich sind.

## **Art. 15 Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen**

### **Nichtversicherte Leistungen sind:**

- 15.1 gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG;
- 15.2 wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist;
- 15.3 Leistungen für Mutterschaft und damit zusammenhängende Krankheiten, wenn die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;
- 15.4 Spitalaufenthalte, die nicht der Verbesserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen (chronische Erkrankungen);
- 15.5 Entwöhnungskuren;
- 15.6 kosmetische Behandlungen;
- 15.7 Zellulärtherapie;
- 15.8 Leistungen an die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des Spitals für die Kantonseinschöner, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb seines Wohnkantons befindlichen Spitals beansprucht;
- 15.9 Krankheiten und Unfälle infolge von Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie Verwendung der Atomenergie zu militärischen Zwecken in Krieger- und Friedenszeiten;
- 15.10 Unfälle infolge Erdbeben oder bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch den Versicherten;
- 15.11 Krankheiten und Unfälle infolge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen;
- 15.12 Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
- 15.13 für die Zeit vor der unentschuldig verspäteten Meldung des Leistungsfall;es;
- 15.14 bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Leistungserbringer.

### **Leistungseinschränkungen:**

15.15 Leistungen im Ausland erbringen wir nur und solange dem Versicherten keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist.

Wir bezahlen 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;

15.16 Bei Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen besteht ein Leistungsanspruch nur während 180 Tagen innert 900 aufeinanderfolgender Tage.

### **Listen:**

15.17 Die in den AVB genannten Listen, mit Einzelheiten über Leistungen oder zugelassene Leistungserbringer, werden Ihnen auf Wunsch jederzeit zur Verfügung gestellt.

### **Art. 16 Leistungskürzungen**

16.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag verhältnismässig reduziert.

16.2 Wir verzichten, Versicherungsleistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen. Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen werden jedoch nicht ersetzt.

### **Art. 17 Verträge mit Leistungserbringern**

Wir behalten uns vor, zugunsten der Versicherten Leistungstarife und andere Leistungsabkommen zu vereinbaren.

### **Art. 18 Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer**

18.1 Bei Leistungsfällen, für die ein UVG-, KVG-Versicherer, die MV oder IV entschädigungspflichtig ist, bezahlen wir im Rahmen der versicherten Leistungen nur den von diesen Versicherern nicht gedeckten Teil der geschuldeten Leistungen.

18.2 Bei Doppel- oder Mehrfachversicherung leisten wir anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

### **Art. 19 Das Gesundheitskonto**

Leistungsumfang:

Wir beteiligen uns an den Kosten für individuelle Präventionsmassnahmen im Rahmen des CSS-Gesundheitskontos.

### **Art. 20 Gerichtsstand**

Bei Rechtsstreitigkeiten können Sie gegen uns am schweizerischen Wohnort oder in Luzern Klage erheben.

### **Versicherungsträger:**

CSS Versicherung AG  
Tribtschenstrasse 21  
Postfach 2568  
6002 Luzern

