

# Spitaltaggeldversicherung

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Ausgabe 06.2012

Grundlagen dieser Versicherung bilden der Versicherungsvertrag zwischen der CSS Versicherung AG (nachfolgend CSS genannt) und dem Versicherungsnehmer sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### Inhaltsverzeichnis

1	Begriffsbestimmung	2
2	Versicherte Personen	2
3	Altersgrenze bei Abschluss	2
4	Geltungsbereich	2
5	Aufnahme in die Versicherung und Versicherungsbeginn	2
6	Art der Versicherungsleistungen	2
7	Höhe der Leistungen	2
8	Beginn des Leistungsanspruchs	3
9	Leistungsdauer	3
10	Obliegenheiten bei Spitaleintritt	3
11	Auszahlung der Leistungen	3
12	Karenzfrist	3
13	Ausschlüsse von Leistungen	3
14	Prämien	3
15	Stillschweigende Erneuerung des Vertrages	3
16	Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer	4
17	Kündigung durch die CSS	4
18	Ungenauere Versicherungsanmeldung	4
19	Zwingende Änderungen des ursprünglichen Versicherungsplanes	4
20	Mitteilungen an CSS	4
21	Gerichtsstand	4
22	Anwendbares Recht	4

## Art. 1 Begriffsbestimmung

Im Sinne der vorliegenden Versicherung werden die einzelnen Begriffe wie folgt definiert:

### Die versicherte Person

Jede in der Police als Versicherte bezeichnete Person.

### Unfall

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

### Krankheit

Jede Gesundheitsschädigung, die von einem Arzt festgestellt und bestätigt wird.

### Spitalaufenthalt

Als Spitalaufenthalt wird jeder Aufenthalt von mindestens 24 Stunden in einer Heilanstalt bezeichnet. Wird eine versicherte Person offiziell aus der Spitalpflege entlassen, tritt jedoch nach einem mehr als 24 Stunden dauernden Aufenthalt ausserhalb des Spitals erneut in Spitalpflege, so wird dies als zwei separate Aufenthalte erachtet.

Als Heilanstalt gelten staatlich anerkannte Spitäler und Kliniken mit einer 24-stündigen Aufsicht durch staatlich geprüfte Ärzte und medizinisches Fachpersonal sowie mit den wichtigsten medizinaltechnischen Einrichtungen und Apparaturen, welche zur Ausführung von Diagnosen und operativen Eingriffen notwendig sind, ausgerüstet sind. Den Spitälern und Kliniken gleichgestellt sind Rehabilitations- und Maternitätskliniken, sofern diese ebenfalls unter ärztlicher Aufsicht stehen. Nicht als Heilanstalten gelten Altersheime, Altersresidenzen und Pflegeheime für chronisch Kranke sowie Kurhotels.

## Art. 2 Versicherte Personen

Wenn die Form «Einzelperson» gewählt worden ist, so ist nur die versicherte Person durch den Vertrag gedeckt.

Wenn die Form «Paar/Ehepaar» gewählt worden ist, so deckt der Vertrag auch den/die Ehepartner/in, den/die eingetragene(n) Partner/in oder den/die Lebenspartner/in. Lebenspartner müssen jedoch im gleichen Haushalt leben. Wenn die Form «Familie» gewählt worden ist, so deckt der Vertrag zusätzlich zu den versicherten Personen gemäss «Einzelperson» oder «Paar/Ehepaar» bis zu maximal drei eigene/adoptierte Kinder oder Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, sofern dieselben den ständigen Wohnsitz noch bei den Eltern haben.

Auf der Police ist die gewählte Form festgehalten.

## Art. 3 Altersgrenze bei Abschluss

In die Versicherung werden Personen bis zum vollendeten 82. Lebensjahr aufgenommen.

## Art. 4 Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt, für Aufenthalte im Ausland jedoch nur während maximal 12 Monaten. Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz definitiv ins Ausland, ist dies der CSS vorgängig zu melden. Die Versicherungsdeckung erlischt für die entsprechende Person am Ende des betreffenden Versicherungsjahres.

## Art. 5 Aufnahme in die Versicherung und Versicherungsbeginn

- Zur Aufnahme in die jeweilige Versicherung oder bei Versicherungsänderungen (Bsp. Erhöhung der Spitaltaggeldsumme) ist das dafür vorgesehene Versicherungsformular vom Versicherungsnehmer und/oder der zu versichernden Person oder deren Vertreter wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und der CSS zuzustellen.
- Mit dem Antrag zum Abschluss des Versicherungsvertrages wird die CSS ermächtigt, gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern sowie Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.
- Der Aufnahmeentscheid der CSS kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.
- Die CSS behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen.

## Art. 6 Art der Versicherungsleistungen

Bei Spitalaufenthalt (siehe Begriffsbestimmung Art. 1), bezahlt die CSS ein pauschal Taggeld gemäss Art. 7.

Die Leistungen sind nicht zweckgebunden und werden unabhängig von anderen Versicherungsleistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt.

Bei Geburten wird anstelle des Taggeldes eine Pauschalentschädigung bezahlt, deren Höhe in Art. 7 aufgeführt ist. Diese Leistung wird für jeden Spitalaufenthalt entrichtet, der durch eine Geburt verursacht wird.

## Art. 7 Höhe der Leistungen

Je nach Vereinbarung betragen die Leistungen in der Schweiz:

PLAN A	CHF 150 Taggeld oder pauschal CHF 1500 bei Geburten
PLAN B	CHF 250 Taggeld oder pauschal CHF 2500 bei Geburten
PLAN C	CHF 350 Taggeld oder pauschal CHF 3500 bei Geburten
PLAN D	CHF 50 Taggeld oder pauschal CHF 500 bei Geburten
PLAN E	CHF 100 Taggeld oder pauschal CHF 1000 bei Geburten

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gelten jeweils 50 % der obgenannten Taggeldansätze.

Verdoppelung der Leistungen:

- Wenn eine Krankheit oder ein Unfall zu einem Spitalaufenthalt auf einer Intensiv- oder Wiederbelebungsstation führt, wird das Taggeld verdoppelt, solange sich die versicherte Person dort aufhält.
- Wird eine versicherte Person während einer Reise ausserhalb der Schweiz infolge eines medizinischen Notfalles (Unfall oder schwerwiegende Krankheit) unerwarteterweise gezwungen, sich im Ausland in Spitalpflege zu begeben, wird das Taggeld verdoppelt, solange sich die versicherte Person dort aufhält, jedoch höchstens für die Dauer von 52 Wochen.

- Führt ein Unfall zu einem Spitalaufenthalt beider versicherten Ehepartner/eingetragenen Partner oder Lebenspartner und/oder Kinder, werden die Taggelder ebenfalls verdoppelt.
- Die oben aufgeführten Verdoppelungsgründe sind jedoch nicht kumulierbar.

#### **Art. 8 Beginn des Leistungsanspruchs**

- a) Der Anspruch auf Leistung beginnt am 3. Tag des Spitalaufenthaltes.
- b) Bei Spitalaufenthalt infolge Unfall oder bei Aufenthalt in einer Intensiv- oder Wiederbelebungsstation beginnt der Anspruch auf Leistungen generell am ersten Tag des Spitalaufenthaltes.

#### **Art. 9 Leistungsdauer**

Das Anrecht auf Leistung besteht während eines medizinisch bedingten Spitalaufenthaltes, jedoch höchstens pro Fall:

- während längstens 48 Monaten je Aufenthalt in Heilanstalten
- während längstens 2 Monaten je Aufenthalt und maximal 6 Monaten pro Jahr in Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Sonderabteilungen in Spitälern.

#### **Art. 10 Obliegenheiten bei Spitaleintritt**

Zur Begründung des Anspruchs hat die versicherte Person die Spitalaufenthaltserklärung spätestens 30 Tage nach Beginn des Spitalaufenthaltes einzureichen.

Die CSS ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise, die ihr zur Ermittlung der Anspruchsbegründung notwendig erscheinen, zu verlangen oder selbst beizubringen.

Auf Anordnung der CSS hat sich die versicherte Person einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter hat alle Ärzte und Behörden vom Berufsgeheimnis zu entbinden.

#### **Sachverständigungsverfahren**

Bei medizinischen Streitfragen zwischen der CSS und der versicherten Person übernimmt jede Partei die Kosten ihres Gutachters. Gegebenenfalls wird die Streitfrage unter Teilung der Kosten einem dritten, von den beiden Parteien gemeinsam bezeichneten Experten vorgelegt.

#### **Art. 11 Auszahlung der Leistungen**

Die Auszahlung der Leistungen erfolgt nach Eingang aller Unterlagen (Arztzeugnisse und Belege) innerhalb von 30 Arbeitstagen. Auf speziellen Wunsch können Vorschusszahlungen geleistet werden, wenn der Spitalaufenthalt länger als 30 Tage dauert.

#### **Art. 12 Karenzfrist**

- a) Während den ersten beiden Versicherungsjahren können keine Leistungen erbracht werden für Spitalaufenthalte wegen Unfall- und Krankheitsfolgen, die innert der letzten zwei Jahre vor Vertrags- bzw. Versicherungsbeginn (Art. 5) aufgetreten sind oder ärztlich behandelt wurden.
- b) Bei nachträglichem Einschluss einer weiteren Person gilt die zweijährige Karenzfrist für diese ab dem Zeitpunkt des Einschlusses.
- c) Für Spitalaufenthalte in den ersten 30 Lebenstagen einer versicherten Person werden keine Taggelder ausgerichtet.
- d) Nach Ablauf der zweijährigen Karenzfrist werden dagegen die vertraglichen Leistungen bei Spitalaufenthalten im Zusammenhang mit allfälligen früheren Erkrankungen oder Unfällen erbracht.
- e) Für Geburtsleistungen gilt jedoch eine Karenzfrist von 10 Monaten, von Beginn der Versicherung an gerechnet.

#### **Art. 13 Ausschlüsse von Leistungen**

Keine Leistungen werden übernommen für Spitalaufenthalte, welche bedingt sind durch:

- Folgen von Eingriffen, welche die versicherte Person an sich selbst vornimmt, sowie Suizid und Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu, auch im Zustand der Urteilsunfähigkeit;
- freiwillige Beteiligung an Meutereien, Volksunruhen, Schlägereien, Verbrechen, Kriegshandlungen (politische Unruhen oder fremde Kriege);
- Missbrauch von Drogen und Medikamenten, Trunkenheit oder Alkoholismus, Entwöhnungskuren und Schlafkuren;
- Krankheiten, verursacht durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere aus Atomkernumwandlungen;
- Schwangerschaft, Geburt (vorbehalten bleibt die Pauschalleistung gem. Art. 6 + 7), Abortus und Fehlgeburt, sofern diese nicht durch einen Unfall verursacht wurden;
- Unfälle bei Flügen als Pilot oder sonstiges Besatzungsmitglied, als Fluglehrer, Flugschüler und Fallschirmspringer;
- kosmetische Operationen, es sei denn verursacht durch Unfall;
- HIV-Infektionen sowie AIDS (Syndrom der erworbenen Immundefizienz). Um zu wissen, ob es sich um AIDS handelt, gilt die im Moment der Spitaleinlieferung gültige Definition, die vom Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen herausgegeben wird.
- Krankheiten, die lediglich Pflegebedürftigkeit verursachen, es sei denn, der Aufenthalt werde infolge eines akuten Ereignisses «sogenannten Schubes» vorübergehend notwendig.

#### **Art. 14 Prämien**

Während der gesamten Vertragsdauer richtet sich die Prämie nach der Altersgruppe bei Vertragsbeginn.

Prämien erhöhungen aufgrund des zunehmenden Alters werden nicht vorgenommen. Die Tarifgruppenzuteilung erfolgt im Zeitpunkt der Antragstellung auf Grund des Geburtsdatums. Wenn beide Lebenspartner oder eine Familie versichert werden, gilt das Geburtsdatum der ältesten Person dieser Gemeinschaft.

Die Termine der Prämienzahlungen sind pünktlich einzuhalten. Wenn eine Prämie nach 30 Tagen ab Verfalldatum noch nicht beglichen ist, so erfolgt laut Gesetz die Mahnung. Sollte die Prämie auch dann noch nicht bezahlt werden, so ruht die Leistungspflicht der CSS nach 14 Tagen ab Versanddatum des Mahnbriefes.

Ändert der Prämientarif, so kann die CSS die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Zu diesem Zweck hat die CSS dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekanntzugeben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen.

Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der CSS eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages an den neuen Prämientarif.

#### **Art. 15 Stillschweigende Erneuerung des Vertrages**

Wird der Vertrag nicht mindestens einen Monat vor Ablauf vom Versicherungsnehmer schriftlich gekündigt, so verlängert er sich jeweils stillschweigend um ein Jahr.

**Art. 16 Kündigung des Vertrages durch den****Versicherungsnehmer**

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung kündigen:

- a) auf Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, auch wenn diese für eine längere Dauer vereinbart wurde, mit Wirkung auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat. Hängige Fälle bleiben weiterhin geschuldet;
- b) wenn die CSS von der Prämienanpassungsklausel Gebrauch macht (Art. 14);
- c) nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird; die Kündigung hat schriftlich spätestens 14 Tage nach dem Zeitpunkt zu erfolgen, an welchem die versicherte Person von der Ausrichtung der Leistung Kenntnis erhielt.  
Hat die versicherte Person ihre Kündigung erklärt, so erlischt die Versicherungsdeckung innert 14 Tagen seit Eintreffen der Kündigung bei der CSS. Der CSS bleibt der Anspruch auf die Prämie für das laufende Kalenderjahr gewahrt, falls die versicherte Person den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.
- d) Die versicherte Person kann sodann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Art. 35b VVG kündigen.

**Art. 17 Kündigung durch die CSS**

Die CSS hat kein Kündigungsrecht nach Ablauf der jeweiligen Vertragsdauer oder im Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird (Art. 35a Abs. 4 VVG).

Der CSS steht bei vollendetem oder versuchtem Versicherungsbetrag seitens einer versicherten Person ein Kündigungsrecht zu.

Die CSS kann sodann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Art. 35b VVG kündigen.

**Art. 18 Ungenaue Versicherungsanmeldung**

Die Versicherungsanmeldung darf keinerlei Ungenauigkeiten enthalten.

Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine niedrigere Prämie entrichtet worden, als aufgrund des richtigen Eintrittsalters hätte bezahlt werden müssen, wird die Versicherungsleistung im Verhältnis der vereinbarten Prämie zu der Tarifprämie des richtigen Eintrittsalters herabgesetzt. Falls die Leistung bereits erbracht wurde, ist die CSS berechtigt, den zuviel bezahlten Betrag, samt Zins zurückzufordern.

**Art. 19 Zwingende Änderungen des ursprünglichen****Versicherungsplanes**

Sobald eine versicherte Person die erforderlichen Bedingungen gemäss Art. 2 nicht mehr erfüllt (z.B. wegen Scheidung), so hat sie dies der CSS innert 30 Tagen nach Eintritt des Änderungsgrundes mitzuteilen. Der Versicherungsvertrag und die Prämie werden in einem solchen Falle den neuen Umständen angepasst. Im Todesfall der versicherten Person hat dessen hinterbliebener mitversicherter Partner das Recht, an ihre Stelle zu treten.

**Art. 20 Mitteilungen an die CSS**

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an die CSS zu richten. Seitens der CSS erfolgen alle Mitteilungen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse (Postadresse, E-Mail-Adresse). Wird in den AVB die schriftliche Form verlangt, genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht. Wird bei einer Mitteilung kein Formerfordernis angeführt, kann diese auch mündlich erfolgen.

**Art. 21 Gerichtsstand**

Bei Rechtsstreitigkeiten kann gegen die CSS am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person oder in Luzern Klage erhoben werden.

**Art. 22 Anwendbares Recht**

Soweit in den vorliegenden AVB oder in allfälligen besonderen Vereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist, richtet sich der Versicherungsvertrag nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Die Änderungen der VVG-Revision vom 19.06.2020 gelten auch für Verträge, die vor dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden. Ausgenommen hiervon sind die Schulden der versicherten Person. Diese verjähren weiterhin nach zwei Jahren.