

Übernahmebestand

(geschlossene Versicherungen)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Ausgabe 01.1997

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

Für die versicherten Leistungen gelten die einzelnen Teile dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Gemeinsamen Bestimmungen und die im Anhang definierten Begriffe finden auf alle Leistungen Anwendung.

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

Diese Bestimmungen gelten exklusiv für die unveränderte Weiterführung der unter dem alten Recht (Krankenversicherungsgesetz KUVG) bestandenen Zusatzversicherungen der CSS Kunden.

Diese Versicherungen können weder neu abgeschlossen noch verändert werden.

Möglich sind lediglich Leistungsreduktionen; sie sind jederzeit auf Ende eines Kalendermonates schriftlich zu beantragen.

Inhaltsverzeichnis

I	Gemeinsame Bestimmungen	2	III	Spitalversicherung allgemein	4
1	Ergänzungsversicherungscharakter	2	20	Leistungsumfang	4
2	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	2	21	Kombinationscharakter	4
3	Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	2	IV	Taggeldversicherung	4
4	Prämienrückerstattung	2	22	Leistungsumfang	4
5	Ersatzpolice	2	23	Leistungseinschränkungen	4
6	Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers	2	24	Erlöschen der Versicherung	4
7	Kostenbeteiligung	2	25	Umwandlungen	4
8	Anrechnung früherer Versicherungsjahre	2	V	Versicherung für Spitalbehandlungskosten	4
9	Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einzelne Leistungen	2	26	Leistungsumfang	4
10	Wechsel der Tarifaltersgruppe	2	27	Leistungseinschränkungen	4
11	Wohnortswechsel	2	28	Berechnungsart	4
12	Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche	2	29	Altersgruppeneinteilung	4
13	Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen	3	VI	Versicherung für Spitalkosten	4
14	Leistungskürzungen	3	30	Versicherte Tagesleistung	4
15	Verträge mit Leistungserbringern	3	31	Leistungsumfang	4
16	Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer	3	32	Altersgruppeneinteilung	5
17	Gesundheitskonto	3	VII	Versicherung für Chronisch-Krankenpflege	5
18	Gerichtsstand	3	33	Leistungsvoraussetzungen	5
II	Ambulante Heilungskostenversicherung	3	34	Leistungsumfang: Grundleistungen und zusätzliche Leistungen	5
19	Leistungsumfang	3	35	Leistungseinschränkung	5
			36	Berechnungsart	5
			VIII	Anhang	5

I Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1 Ergänzungsversicherungscharakter

Alle Leistungen sind, wo nicht anders vermerkt, 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 aufgeführt, ob das Unfallrisiko mitversichert ist.
Wo in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Krankheit die Rede ist, gilt dies sinngemäss auch für Unfall.
- 2.3 Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringt die CSS, sofern in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht anders geregelt, die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

Art. 3 Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

- 3.1 Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr.
- 3.2 Die Versicherung kann jederzeit auf Ende eines Kalendermonates schriftlich gekündigt werden.
- 3.3 Die Taggeldversicherung kann bei voraussichtlich dauernder Überversicherung von beiden Vertragspartnern schriftlich gekündigt oder reduziert werden.
Die versicherte Person meldet der CSS unverzüglich, wenn:
a) die Erwerbstätigkeit aufgegeben wird;
b) die Erwerbstätigkeit wesentlich herabsetzt wird;
c) anderweitige Lohnersatzversicherungen abgeschlossen werden;
d) sich das Einkommen um mehr als 25% vermindert.
- 3.4 Werden die Meldungen der Buchstaben a bis d unterlassen, ist die CSS an die Taggeldversicherung nicht mehr gebunden. Erhält die CSS diese Meldungen, besteht der Versicherungsschutz weiter, sofern die CSS nicht innert 14 Tagen nach Erhalt der Mitteilung von der Versicherung zurücktritt oder sie an die neuen Gegebenheiten anpasst. Tritt die CSS zurück, erlischt die Haftung 14 Tage nach Erhalt der Mitteilung.
- 3.5 Für Änderungen der Prämien, der Kostenbeteiligungsregeln sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen findet Artikel 9 Anwendung.
- 3.6 Die Versicherung erlischt bei:
a) Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
b) vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als einem Jahr auf das Ende des Versicherungsjahres.

Art. 4 Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Vertragsende aufgehoben, erstattet die CSS die bezahlte Prämie anteilmässig zurück, es sei denn:
a) die versicherte Person hat den Vertrag während des ersten Versicherungsjahres im Leistungsfall gekündigt;
b) die versicherte Person hat vertragliche 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 Personen 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 Anrechnung früherer Versicherungsjahre

Die Anrechnung früherer Versicherungsjahre (vor 1.1.1997) erfolgt in den Übernahmebeständen in Form eines Treuerabattes.

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

- 9.1 Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise, Selbstbehalte), kann die CSS den Vertrag anpassen.
- 9.2 Die CSS ist berechtigt, für die einzelnen Leistungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) anzupassen, nämlich bei Ausweitung der Zahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern, infolge Entwicklung der modernen Medizin oder infolge der Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen.
- 9.3 Die Änderungen werden bis spätestens 25 Tage vor Ende des Versicherungsjahres bekannt gegen. Ist die versicherte Person mit den Änderungen nicht einverstanden, kann die versicherte Person die von der Änderung betroffenen Leistungen oder den gesamten Vertrag kündigen.
Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der CSS eintrifft. Erhält die CSS innert 25 Tagen nach Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Art. 10 Wechsel der Tarifaltersgruppe

- 10.1 Die CSS 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	* bei der Einzelltaggeldversicherung 16. – 25. Altersjahr

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

Art. 11 Wohnortwechsel

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

Art. 12 Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche

- 12.1 Taggeldversicherung:
a) Endet der Vertrag, erlischt die Bezugsberechtigung spätestens nach 30 ununterbrochenen Tagen.
b) Ansprüche sind unverzüglich geltend zu machen.

- 12.2 Alle übrigen Leistungen:
- a) 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.
- b) Mitteilung:
Spitaleintritte sind der CSS unverzüglich mitzuteilen.
Auf Antrag erteilt die CSS eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.
- c) Kurantritte sind der CSS mit dem Zeugnis und einer ausführlichen Begründung des behandelnden Arztes rechtzeitig vor Antritt mitzuteilen.
- 12.3 Geltendmachung der Ansprüche:
Zur Geltendmachung der Ansprüche sind der CSS Originalrechnungen und ärztliche Zeugnisse vorzulegen, aus denen die einzelnen Leistungen und deren Rechtmässigkeit ersichtlich sind.

Art. 13 Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen

Nichtversicherte Leistungen sind:

- 13.1 gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG;
- 13.2 wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist;
- 13.3 Leistungen für Mutterschaft und damit zusammenhängende Krankheiten, wenn die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;
- 13.4 Spitalaufenthalte, die nicht der Verbesserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen (chronische Erkrankungen);
- 13.5 Entwöhnungskuren;
- 13.6 kosmetische Behandlungen;
- 13.7 Zellulärtherapie;
- 13.8 Leistungen an die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des Spitals für die Kantonsbewohner, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb seines Wohnkantons befindlichen Spitals beansprucht;
- 13.9 Krankheiten und Unfälle infolge von Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie Verwendung der Atomenergie zu militärischen Zwecken in Kriegs- und Friedenszeiten;
- 13.10 Unfälle, verursacht durch Erdbeben oder bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch die versicherte Person;
- 13.11 Krankheiten und Unfälle infolge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen;
- 13.12 Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
- 13.13 für die Zeit vor der unentschuldigbar verspäteten Meldung des Leistungsfall;
- 13.14 bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Leistungserbringer.

Leistungseinschränkungen:

- 13.15 Leistungen im Ausland erbringt die CSS nur und solange der versicherten Person keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist.
Die CSS bezahlt Leistungen, deren Umfang von der versicherten Person nachzuweisen ist, bis zu dem auf der Police allenfalls aufgeführten Betrag und in der Höhe, wie am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person.
- 13.16 Bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen besteht ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgender Tage.

Art. 14 Leistungskürzungen

- 14.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag verhältnismässig reduziert.
- 14.2 Die CSS verzichtet, Versicherungsleistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen.
Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen werden jedoch nicht ersetzt.

Art. 15 Verträge mit Leistungserbringern

Die CSS behält sich vor, zugunsten der versicherten Person Leistungstarife und andere Leistungsabkommen zu vereinbaren.

Art. 16 Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer

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

Art. 17 Gesundheitskonto

- 17.1 Leistungsumfang:
Die CSS beteiligt sich an den Kosten für individuelle Präventionsmassnahmen im Rahmen des CSS-Gesundheitskontos.
- 17.2 Anwendungsbereich:
Die Bedingungen über das Gesundheitskonto sind anwendbar auf die:
- Ambulante Heilungskostenversicherung
 - Spitalversicherung allgemein
 - Versicherung für Spitalbehandlungskosten
 - Versicherung für Spitalkosten
 - Versicherung für Chronisch-Krankenpflege

Art. 18 Gerichtsstand

Bei Rechtsstreitigkeiten kann die versicherte Person gegen die CSS am schweizerischen Wohnort oder in Luzern Klage erheben.

II Ambulante Heilungskostenversicherung

Art. 19 Leistungsumfang

Die CSS bezahlt:

- 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) an die Auslagen für Brillengläser oder Kontaktlinsen CHF 200 und zwar: pro Brille für Kinder; einmal pro drei Kalenderjahre für Erwachsene;
- d) notwendige Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaften;
- e) CHF 200 Stillgeld pro Kind bei einer Mindeststildauer von 30 Tagen, sofern das Kind bei der CSS versichert ist;
- f) gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen;
- g) 50 % der Kosten an Zahnstellungskorrekturen (kieferorthopädische Behandlungen, orthodontische Massnahmen), jedoch maximal CHF 3000 pro Versicherten bis zum Erreichen des vollendeten 20. Altersjahres;

- h) Haushalthilfe, Spitex-Leistungen sowie für Erholungskuren die auf der Police aufgeführten Beträge. In Notfällen sind diese Leistungen weltweit versichert; für Spitalleistungen höchstens soweit sie am Wohnort der versicherten Person geschuldet sind.

III Spitalversicherung allgemein

Art. 20 Leistungsumfang

Die CSS bezahlt die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz gemäss der CSS verbindlichen Spitalliste nach KVG.

Art. 21 Kombinationscharakter

Die Spitalversicherung allgemein ist nur in Kombination mit der Notfallversicherung als auch der Kur- und Pflegeversicherung gültig. Werden die Leistungen, mit denen sie kombiniert versichert ist, aufgehoben, erlischt sie auch.

IV Taggeldversicherung

Art. 22 Leistungsumfang

Die Leistungen richten sich nach den Bestimmungen über die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG.

- 22.1 Die CSS bezahlt den nachgewiesenen Erwerbsausfall, der durch eine versicherte Arbeitsunfähigkeit entstanden ist.
- 22.2 Die versicherte Variante, Höhe, Dauer und Wartezeit sind auf der Police aufgeführt.
- 22.3 Die Wartezeit wird innerhalb von 365 Tagen nur einmal berechnet.
- 22.4 Anspruch auf die versicherten Taggelder besteht bei nachgewiesenem Erwerbsausfall und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %.
- 22.5 Bei ärztlich attestierter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % richtet die CSS die versicherte Taggeldsumme entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit aus.
- 22.6 Für Arbeitslose gilt Artikel 73 KVG.

Art. 23 Leistungseinschränkungen

- 23.1 Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in der Höhe, als damit der Erwerbsausfall der versicherten Person nicht überstiegen wird; ausgenommen sind die Mutterschaftstaggelder.
- 23.2 Bei Arbeitsunfähigkeiten im Ausland bezahlt die CSS diese Leistungen nur während eines allfälligen Spitalaufenthaltes.
- 23.3 Die versicherte Person kann bei bestehender Arbeitsunfähigkeit nicht auf das Taggeld verzichten, um die Aussteuerung zu vermeiden.

Art. 24 Erlöschen der Versicherung

Diese Versicherung erlischt, wenn:

- a) die gesamte Leistungsdauer erreicht ist (Aussteuerung);
- b) die Taggeldversicherung auf Ende des Kalendermonats, in dem die versicherte Person sein AHV-Alter erreicht, auf CHF 2 herabgesetzt wird.

Art. 25 Umwandlungen

- 25.1 Arbeitslose versicherte Personen, die noch während des Arbeitsprozesses eine Taggeldversicherung mit mehr als 30 Tagen Wartezeit abgeschlossen haben, können unabhängig vom Gesundheitszustand, die Taggeldversicherung in eine mit einer Wartezeit von 30 Tagen umwandeln.
- 25.2 Umwandelungsgesuche sind innert 30 Tagen nach Eintreten des Änderungsgrundes zu beantragen. Innert dieser Frist gewährt die CSS die Anpassung an die neuen Verhältnisse ungeachtet des Gesundheitszustandes.

- 25.3 Unselbstständige Erwerbstätige versicherte Personen können die Wartezeit der arbeitsvertraglichen Lohnfortzahlung anpassen.

V Versicherung für Spitalbehandlungskosten

Art. 26 Leistungsumfang

- 26.1 Die CSS bezahlt bis zum Betrag, der auf der Police aufgeführt ist:
- a) im Spital anfallende Kosten für ärztliche Behandlung, einschliesslich Operation, wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden, Analysen, Labor, Untersuchungen, Benützung von Operationssaal und Gebärsaal, Narkose, Operationsassistenten, Verbandsmaterial, Röntgen, Durchleuchtungen, Arzneimittel, besondere Krankenschwestern, Pflege des Patienten, Desinfektionen;
- b) Nottransporte in ein nächstes geeignetes Spital;
- c) im Spital anfallende, aus medizinischen Gründen notwendige ambulante Behandlungen.
- 26.2 Versichert sind alle notwendigen Spitalbehandlungen innert 365 Tagen. Bezahlt die CSS innert 730 Tagen zweimal den auf der Police aufgeführten Betrag, erlischt dieser Versicherungsschutz endgültig.

Art. 27 Leistungseinschränkungen

Nicht versichert sind Kuren sowie Aufenthalte in Erholungs- und Pflegeheimen.

Art. 28 Berechnungsart

Die CSS bezahlt an die Spitalkosten in der Reihenfolge:

- a) Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) und anderen Zusatzversicherungen mit Leistungen für Spitalkosten;
- b) allenfalls Leistungen aus einer Versicherung für Spitalkosten;
- c) allenfalls Leistungen aus dieser Versicherung für Spitalbehandlungskosten.

Art. 29 Altersgruppeneinteilung

Die bisherige Altersgruppeneinteilung bleibt unverändert.

VI Versicherung für Spitalkosten

Art. 30 Versicherte Tagesleistung

Die versicherte Tagesleistung ist auf der Police aufgeführt.

Art. 31 Leistungsumfang

- 31.1 Die CSS bezahlt:
- a) die im Spital anfallenden Kosten; für versicherte Personen ohne Unterhalts- und Unterstützungspflichten nur insoweit, als die persönlichen Einkünfte der versicherten Person inklusive Leistungen eidgenössischer Sozialversicherungen zur Bezahlung von Unterkunft und Verpflegung nicht ausreichen. Nicht berücksichtigt wird dabei ein Betrag von 15 % der persönlichen Einkünfte, jedoch mindestens CHF 300 pro Monat als sogenannte freie Quote;
- b) 50 %, jedoch höchstens CHF 50 pro Tag, für:
- ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Bädungen in ärztlich geleiteten Heilbädern im Inland, wenn die versicherte Person vorgängig wegen Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates eingehend behandelt worden ist, die Kur mindestens zwei Wochen dauert, balneologische und physikalische Massnahmen umfasst und vom Kurarzt über-

wacht wird; Erholungskuren als Folge eines Spitalaufenthaltes oder Wochenbettes;

- Entbindungen im Haus der Hebamme bis zu 15 Tagen;
- Hauspflege, wenn zu diesem Zweck die Mitarbeit einer Pflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist, begrenzt auf 30mal des auf der Police aufgeführten Betrages pro Kalenderjahr;
- als Pflegeperson gilt auch, wer mit der versicherten Person in Hausgemeinschaft lebt und wegen der notwendigen Pflege eines Hausgenossen einen Erwerbsausfall nachweisen kann;
- Hilfe, welche die versicherte Person bei ärztlich bescheinigter gänzlicher Arbeitsunfähigkeit für sich, seine Familie oder seinen Haushalt bedarf und diese durch eine im Dienste einer gemeinnützigen Institution oder eines Gemeinwesens stehende oder durch eine nicht zu den nächsten Angehörigen des Versicherten gehörende Person erfolgt, begrenzt auf 30mal des auf der Police aufgeführten Betrages pro Kalenderjahr;
- diese Leistung kann auch während eines Spitalaufenthaltes beansprucht werden; dagegen ist eine gleichzeitige Bezahlung mit Hauspflegeleistungen ausgeschlossen.

31.2 Versichert sind die Leistungen während 720 innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen, bei Erkrankung an Tuberkulose zeitlich unbegrenzt.

Die Leistungen bei Mutterschaft werden auf die Bezugsdauer nicht angerechnet.

31.3 Bei Kürzung der Leistungen werden die Bezugstage so angerechnet, dass der Gesamtbetrag der ausgerichteten Leistungen durch die volle versicherte Tagesleistung geteilt wird.

Die so ermittelten Tage des Leistungsbezuges werden als geschlossene Zeitperiode vom ersten Tag an auf die Bezugsdauer angerechnet.

Art. 32 Altersgruppeneinteilung

Die bisherige Altersgruppeneinteilung bleibt unverändert.

VII Versicherung für Chronisch-Krankenpflege

Art. 33 Leistungsvoraussetzungen

Die versicherte Person hat einen Leistungsanspruch, wenn kumulativ die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) bei stationärer Behandlung, wenn:
 - ein schweres Leiden regelmässige ärztliche Behandlung erfordert;
 - wesentliche pflegerische Verrichtungen, mehrmals oder mindestens während einer Stunde pro Tag durch eine Pflegegruppe, die von einer qualifizierten Person (Mindestausbildung: Pflegerin FASRK) geführt wird, nötig sind;
 - der Gesundheitszustand medizinisch eine Einweisung in ein von uns anerkanntes Chronischkrankenhaus mit Spitalcharakter erfordert;
 - Pflege und Betreuung weder durch Angehörige noch durch die Gemeindegrenzenpflege möglich sind und die Spitalbedürftigkeit ärztlich nachgewiesen ist.
- b) bei ambulanter Behandlung, wenn:
 - die Hauskrankenpflege medizinisch zweckmässig und notwendig ist;
 - wesentliche pflegerische Verrichtungen mehrmals oder während mindestens einer Stunde pro Tag durch eine anerkannte Pflegeperson notwendig sind;

– mit der Hauskrankenpflege eine Spital- oder Pflegeheimweisung vermieden werden kann.

Art. 34 Leistungsumfang: Grundleistungen und zusätzliche Leistungen

34.1 Die CSS bezahlt die folgenden Grundleistungen, nämlich:

- a) pro Tag bis CHF 20 an die Kosten einer Haushalthilfe, falls die gänzlich arbeitsunfähige versicherte Person für sich, seine Familie oder seinen Haushalt einer Hilfe bedarf und diese durch eine im Dienste einer gemeinnützigen Institution oder eines Gemeinwesens stehende oder durch eine Person die nicht zu den nächsten Angehörigen der versicherten Person gehört erfolgt. Eine gleichzeitige Kumulation mit Hauspflegeleistungen gemäss nachstehender Ziffer 2 ist ausgeschlossen;
- b) Therapiehilfen, Pflegebetten und weitere pflegerische Hilfsmittel gemäss Liste;
- c) bis CHF 2000 pro Kalenderjahr medizinisch notwendige Transporte in ein Spital, für die Verlegung von einem Spital in ein anderes oder in Hauspflege sowie für Therapien, die zwingend ausserhalb des Hauses stattfinden. Die CSS bestimmt im Übrigen Voraussetzungen und Umfang für die Vergütung.

34.2 Die CSS bezahlt zusätzlich zu den Grundleistungen nach Ziffer 1 die auf der Police aufgeführte Tagesleistung und zwar insgesamt während höchstens 1440 Tagen bei:

- a) Hauspflege, wenn zu diesem Zweck die Anstellung einer Pflegeperson im Sinne der Leistungsvoraussetzungen bei ambulanter Behandlung erforderlich ist oder zur Deckung von Erwerbsausfall, wenn eine mit der versicherten Person in Hausgemeinschaft lebende Person wegen der notwendigen Pflege einen Erwerbsausfall nachweisen kann;
- b) stationärer Behandlung die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Ergänzung zu den Leistungen nach KVG; für versicherte Personen ohne Unterhalts- und Unterstützungspflichten nur insoweit, als die persönlichen Einkünfte der versicherten Person inklusive Leistungen eidgenössischer Sozialversicherungen zur Bezahlung von Unterkunft und Verpflegung nicht ausreichen.

Nicht berücksichtigt werden dabei Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen der AHV und IV sowie ein Betrag von 15% der übrigen in Betracht fallenden persönlichen Einkünfte, jedoch mindestens CHF 300 pro Monat als sogenannte freie Quote.

Art. 35 Leistungseinschränkung

Bei medizinisch bedingtem Aufenthalt in einem Tages- oder Nachtspital werden die versicherten zusätzlichen Leistungen nur zur Hälfte der auf der Police aufgeführten Tagesleistung ausgerichtet.

Die Grundleistungen werden voll ausgerichtet.

Art. 36 Berechnungsart

Die CSS bezahlt die Leistungen in der Reihenfolge:

- a) Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG);
- b) Leistungen dieser Versicherung für Chronisch-Krankenpflege;
- c) allenfalls andere versicherte Leistungen.

VIII Anhang

Begriffe

Diese Begriffe bilden einen integrierenden Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Die Auflistung erfolgt alphabetisch.

AHVG

Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946.

Apotheker

Eidgenössisch diplomiert, zur Berufsausübung zugelassen; gleichgestellt sind andere Personen, denen der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des Apothekerberufes erteilt hat.

Arbeitsunfähigkeit

Liegt vor, wenn der Versicherte vorübergehend oder dauernd nicht mehr fähig ist, seinen Beruf oder eine andere ihm zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben und dies ärztlich bestätigt wird.

Zumutbar ist eine andere Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung sowie dem Gesundheitszustand des Versicherten angemessen ist.

Arzneimittel

Siehe unter Medikamente.

Arzt, Zahnarzt

Eidgenössisch diplomiert, zur Berufsausübung ermächtigt; gleichgestellt sind andere Personen, denen der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat.

ATSG

Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetz.

Ausland

Alle Staaten ausser der Schweiz.

Aussteuerung/Erschöpfung

Der Versicherungsschutz erlischt, wenn die gesamte Leistungsdauer erreicht ist.

AVIG

Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung vom 25. Juni 1982.

BVG

Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982.

Chiropraktor

Jede zur Berufsausübung ermächtigte Person mit einem vom Kanton ausgestellten und vom Bund anerkannten Befähigungsausweis.

Erfahrungsmedizin

Nicht Schulmedizin.

Franchise

Fester Betrag pro Kalenderjahr, den der Versicherte selber zahlt.

IVG

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959.

Kinder

Versicherte bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem sie ihr 18. Altersjahr vollendet haben.

Kostenbeteiligung

Franchise, Selbstbehalt.

Krankheit

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.

Kuren

Bade- oder Erholungskuren.

KUVG

Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911, 13. März 1964.

KVG

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994.

Leistungserbringer

Die vom KVG aufgeführten Leistungserbringer, insbesondere Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder.

Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten

Liste der Medikamente, die von den Krankenversicherern weder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch aus den Zusatzversicherungen nach VVG übernommen werden.

Medikamente / Arzneimittel

Wissenschaftlich ist ein Medikament, wenn es für eine nach dem Arzneimittelkompendium der Schweiz zugelassene Indikation verwendet wird.

Mutterschaft

Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringen wir, sofern in den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen nicht anders geregelt, die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

MVG

Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992. Nachdeckung Leistungen, welche wir nach Erlöschens des Versicherungsschutzes weiter bezahlen.

Naturarzt

Wer von der zuständigen kantonalen Behörde zur Berufsausübung zugelassen ist.

Nichtverbrauchte Prämie

Derjenige Anteil der Prämie, die der Versicherungsnehmer im Voraus für eine längere Versicherungsperiode bezahlt hat, als der Versicherungsschutz besteht.

Sie berechnet sich pro rata temporis.

Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit.

Selbstbehalt

Prozentualer Teil der versicherten Leistung, den der Versicherte selber zahlt.

Spital

Als Spital gelten ärztlich geleitete oder überwachte Heilanstalten einschliesslich psychiatrische Kliniken.

Unfall

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.

UVG

Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981.

Versicherter

Die versicherte Person.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Versicherungsnehmer

Unser Vertragspartner.

Er muss nicht versichert sein.

Im Text der AVB ist der Versicherungsnehmer mit «Sie» oder «versicherte Person» direkt angesprochen.

Volldeckung

Versicherungen ohne Einschränkung für frühere Krankheiten.

Vorausprämie

Vereinbarte vorläufige Prämie.

Die definitive Prämie wird später festgelegt.

VVG

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.