

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege-Zusatzversicherungen Ausgabe 2015 (revidierte Version 2023)

Inhaltsübersicht

I Gemeinsame Bestimmungen			
Allgemeines		Prämien und Rückzahlung von Kostenanteilen	
Art. 1	Gegenstand der Versicherung und Informationen vor Vertragsabschluss	Art. 26	Altersbedingte Prämienanpassung 7
Art. 2	Versicherungsmöglichkeiten	Art. 27	Änderung des Prämientarifs und von Rabatten 8
Art. 3	Vertragsgrundlagen	Art. 28	Prämienzahlung und Ruhen der Versicherung bei Zahlungsverzug 8
Art. 4	Versicherte Personen	Art. 29	Rückzahlung von Selbstbehalten 8
Art. 5	Örtlicher Geltungsbereich	Art. 30	Mahnspesen 8
Art. 6	Definitionen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall	Art. 31	Rückerstattung der Prämie 8
Art. 7	Anerkannte Leistungserbringer	Verschiedenes	
Art. 8	Kollektivversicherung	Art. 32	Mitteilungen 9
		Art. 33	Datenerfassung und -bearbeitung 9
		Art. 34	Gerichtsstand 9
Abschluss, Beginn, Dauer und Kündigung von Versicherungen		II Spitalpflege-Versicherung (SV)	
Art. 9	Voraussetzungen und Höchst Eintrittsalter	Art. 35	Allgemeines 9
Art. 10	Beginn und Dauer der Versicherung	Art. 36	Begriffe 9
Art. 11	Obliegenheiten bei der Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer	Art. 37	Versicherungsmöglichkeiten 9
Art. 12	Vorbehalt und Ablehnung	Art. 38	Karenzzeit 9
Art. 13	Versicherung für Kinder	Art. 39	Selbstbehalt 9
Art. 14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	Art. 40	Änderungen von bestehenden Leistungsstufen 10
Art. 15	Kündigung durch den Versicherer und Anpassung der AVB	Art. 41	Leistungsumfang 10
Art. 16	Erlöschen des Leistungsanspruches	Art. 42	Leistungsausschlüsse 10
		Art. 43	Spital-Klassenwechsel 10
		Art. 44	Hotellerie / Zimmerkomfort 10
		Art. 45	Transport- und Rettungskosten 11
		Art. 46	Bade- und Erholungskuren 11
		Art. 47	Chronischkrankenheime / Pflegeheime 11
		Art. 48	Psychiatrie 11
		Art. 49	Haushalthilfe 11
		Art. 50	Gesundheitsrechtsschutz 11
		Art. 51	Rooming-In (Aufenthalt einer Begleitperson im selben Zimmer) 12
		Art. 52	Geburtspauschale bei ambulanter Geburt zu Hause 12
		Art. 53	BetterDoc Spezialistensuche 12
Pflichten und Anspruchsberechtigung			
Art. 17	Obliegenheiten im Schadenfall		
Art. 18	Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten		
Art. 19	Zahlungspflicht		
Art. 20	Honorarvereinbarungen		
Art. 21	Tarife der Leistungserbringer		
Art. 22	Reihenfolge der Leistungsansprüche		
Art. 23	Leistungsausschlüsse		
Art. 24	Überschädigung, Subsidiarität und Leistungen Dritter		
Art. 25	Verrechnung		

III Krankenpflege-Versicherung PLUS

Art. 55 Allgemeines	12
Art. 56 Sehhilfen	12
Art. 57 Nicht kassenpflichtige Medikamente	12
Art. 58 Prävention	12
Art. 59 Medizinische Hilfsmittel	12
Art. 60 Nichtärztliche Psychotherapie	13
Art. 61 Ärzte im Ausstand	13
Art. 62 Unterbindungen	13
Art. 63 Ohrenkorrekturen	13
Art. 64 Alternative Behandlungsmethoden	13
Art. 65 Bade- und Erholungskuren	13

IV Krankenpflege-Versicherung TOP

Art. 66 Allgemeines	13
Art. 67 Privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland	13
Art. 68 Alternative Behandlungsmethoden	13
Art. 69 Medizinische Hilfsmittel	14
Art. 70 Gesundheitskonto	14
Art. 71 Kieferorthopädische Behandlungen (Zahnfehlstellungen)	14

V Zahnpflege-Versicherung (ZV)

Art. 72 Allgemeines	14
Art. 73 Versicherungsmöglichkeiten und Beitriffsbestimmungen	14
Art. 74 Berechnung der Versicherungsleistungen	15
Art. 75 Zahnärztliche Behandlungen Im Ausland	15
Art. 76 Kündbarkeit	15

Anhang I

Kundeninformation nach VVG

(betreffend Gesundheitsrechtsschutz)

1. Versicherer	16
2. Wichtige Regelungen zur Rechtsschutzversicherung	16
3. Art der Versicherung	16
4. Versicherte Rechtsbereiche und wichtigste Leistungen	16
5. Zeitliche Deckung	16
6. Wichtigste Deckungsausschlüsse	16
7. Pflichten des Versicherungsnehmers	16
8. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages	16
9. Widerrufsrecht	17
10. Datenschutz	17

Anhang II

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Gesundheitsrechtsschutz der Coop Rechtsschutz AG

(Version 2023)

1. Grundlage	17
2. Geltungsbereich	17
3. Leistungen	18
4. Abwicklung des Rechtsschutzfalles	18
5. Schlussbestimmungen	19

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege-Zusatzversicherungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für alle nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch die Aquilana Versicherungen (nachfolgend Aquilana) geführten Krankenpflege-Zusatzversicherungen. Aquilana ist ein Verein mit Sitz in Baden/AG. Für vermittelte Versicherungen (UTI, KTI) sowie für die Ferien- und Reiseversicherung (FRV) gelten separate Bestimmungen.

Alle personenbezogenen Begriffe («versicherte Person», «Antragssteller», «Anspruchsberechtigter», «Versicherungsnehmer») sind geschlechtsneutral zu verstehen.

I Gemeinsame Bestimmungen

Allgemeines

Art. 1 | Gegenstand der Versicherung und Informationen vor Vertragsabschluss

1 Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflege-Versicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Dauer, in welcher die Versicherung besteht.

2 Der Versicherungsschutz richtet sich im Übrigen nach den Bestimmungen der einzelnen Zusatzversicherungen gemäss diesen AVB.

3 Aquilana orientiert den Antragssteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität von Aquilana und über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:

- a** die versicherten Risiken
- b** den Umfang des Versicherungsschutzes
- c** die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers
- d** Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages
- e** die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten

4 Verletzt Aquilana ihre Informationspflicht gemäss vorstehendem Absatz 3, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag schriftlich oder in anderer Textform zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei Aquilana wirksam. Dieses Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den in Absatz 3 er-

wähnten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss.

Art. 2 | Versicherungsmöglichkeiten

1 Der Vertrag kann folgende Zusatzversicherungen umfassen:

- a** Spitalpflege-Versicherung (SV)
 - Allgemeine Abteilung (SV/A)
 - Halbprivate Abteilung (SV/HP)
 - Private Abteilung (SV/P)
- b** Krankenpflege-Versicherung PLUS
- c** Krankenpflege-Versicherung TOP
- d** Zahnpflege-Versicherung (ZV)
 - ZV Stufe I
 - ZV Stufe II

2 In der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Zusatzversicherungen abgeschlossen wurden.

Art. 3 | Vertragsgrundlagen

1 Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden der Antrag, die Versicherungspolice sowie die vorliegenden AVB.

2 Soweit in diesen Bestimmungen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die zwingenden Bestimmungen des VVG gehen in jedem Fall vor.

Art. 4 | Versicherte Personen

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

Art. 5 | Örtlicher Geltungsbereich

1 Die Versicherung gilt in der ganzen Schweiz. Notfälle sind jedoch weltweit gedeckt. Bei Notfällen im Ausland erbringt Aquilana die versicherten Leistungen für akute, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche ambulante und stationäre Behandlungen.

2 Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt.

Art. 6 | Definitionen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall

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.

2 Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt. Die Versicherungsleistungen werden erbracht, sofern die Mutter während mindestens 24 Monaten bei Aquilana versichert war und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistungen nicht durch einen Vorbehalt ausgeschlossen ist.

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 oder den Tod zur Folge hat. Als Unfälle gelten auch unfallähnliche Körperschädigungen entsprechend der Definition der obligatorischen Unfallversicherung (UVG).

Art. 7 | Anerkannte Leistungserbringer

Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung (KVG) als solche zugelassen sind. Weitere anerkannte Leistungserbringer oder Einschränkungen sind in den einzelnen Zusatzversicherungen aufgeführt.

Art. 8 | Kollektivversicherung

1 Sofern nicht in separaten Versicherungsbedingungen und im Kollektivvertrag abweichende Regelungen vorgesehen sind, gelten die vorliegenden AVB sinngemäss auch für Kollektivversicherte.

2 Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bestimmungen, insbesondere betreffend Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und bezüglich der Aufteilung von Rechten und Pflichten zwischen Aquilana, dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, vereinbart werden.

Abschluss, Beginn, Dauer und Kündigung von Versicherungen

Art. 9 | Voraussetzungen und Höchsteintrittsalter

1 Jede Person mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet (Schweiz) der Aquilana und Personen, welche obligatorisch dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstellt sind bzw. sich diesem auf freiwilliger Basis unterstellen sowie Grenzgänger, können einen Antrag auf Abschluss von Zusatzversicherungen stellen.

2 Antragssteller können bis zum zurückgelegten 65. Altersjahr einen Antrag auf Abschluss von Zusatzversicherungen stellen.

Art. 10 | Beginn und Dauer der Versicherung

1 Die Zusatzversicherungen können auf den Ersten eines Monats abgeschlossen werden. Die Versicherungsdeckung beginnt, sobald Aquilana dem Antragssteller die Annahme des

Antrages bestätigt hat, frühestens jedoch ab dem in der Versicherungspolice aufgeführten Datum.

2 Der Vertrag ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Die Mindestversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit der Versicherungsperiode erhoben. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.

3 Die einzelnen Zusatzversicherungen erlöschen:

a mit dem Tod der versicherten Person

b mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist (Art. 14)

c mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer infolge Änderung der Prämie oder des Selbstbehaltes (Art. 27)

d bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland und gleichzeitigem Verlust der Versicherungspflicht gemäss KVG auf das Datum des Verlustes der Versicherungspflicht, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde

e bei Rücktritt resp. Kündigung der Aquilana vom Vertrag infolge vertragswidrigen Verhaltens (Art. 15 Abs. 2), wobei die blosser Verletzung der Anzeigepflichten im Schadenfall nicht zu einem Rücktritt bzw. einer Kündigung berechtigt

f bei Rücktritt der Aquilana vom Vertrag infolge Zahlungsrückstandes (Art. 28)

g bei weiteren gesetzlich vorgesehenen Erlösungsgründen

Art. 11 | Obliegenheiten bei der Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer

1 Die Antragssteller haben Aquilana im Antragsformular alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihnen beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssten, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben.

2 Wenn Antragssteller beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kennen oder kennen mussten, unrichtig mitteilen oder verschweigen, kann Aquilana innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung oder elektronisch per E-Mail kündigen. Die Versicherung erlischt per Ende des Monats, in welchem die schriftliche Kündigung oder die E-Mail beim Versicherungsnehmer eingetroffen ist. In diesem Fall erlischt auch die Leistungspflicht von Aquilana für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt und Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat Aquilana Anspruch auf Rückerstattung.

3 Die Antragssteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, der Aquilana gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sie zu ermächtigen, Aquilana die verlangten versicherungsrelevanten Auskünfte zu erteilen.

4 Namens- und Adressänderungen, Verlegung des Wohnsitzes, Todesfälle sowie Veränderungen bei den Zahlungsmodalitäten sind Aquilana spätestens innerhalb von 30 Tagen schriftlich, elektronisch per E-Mail oder mittels Benachrichtigung über myAquilana zu melden.

Art. 12 | Vorbehalt und Ablehnung

1 Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung bestehen oder bestanden haben, können durch Vorbehalt von der beantragten Versicherung ausgeschlossen werden. Aquilana kann einen Antrag (Neuantrag und Änderungsantrag) ohne Angabe von Gründen ablehnen.

2 Ein Vorbehalt ist ab Beginn der Versicherung gültig und für die gesamte Vertragsdauer bestimmt. Der versicherten Person steht es frei, frühestens nach Ablauf eines Jahres auf ihre Kosten den Nachweis zu erbringen, dass ein bestehender Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

Art. 13 | Versicherung für Kinder

Neugeborene Kinder können auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung bis spätestens 30 Tage nach der Geburt bei Aquilana eingetroffen ist. In diesem Fall werden die Zusatzversicherungen PLUS, TOP und Spitalpflege-Versicherung (allgemeine Abteilung, SV/A) im beantragten Umfang versichert und keine Leistungsausschlüsse wegen allenfalls vorbestehender Gesundheitsschädigungen angebracht.

Art. 14 | Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1 Die Zusatzversicherungen können für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer schriftlich oder elektronisch per E-Mail gekündigt werden.

2 Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie mit eingeschriebenem Brief oder per E-Mail spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist der Aquilana zugekommen ist. Massgebend ist beim eingeschriebenen Brief der Poststempel und bei der E-Mail Übermittlung das Eingangsdatum.

3 Nach jedem Schadenfall, für den Aquilana Leistungen erbracht hat, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit

Auszahlung der Versicherungsleistungen die entsprechende Zusatzversicherung kündigen. Die Deckung erlischt mit dem Eintreffen der Mitteilung bei Aquilana.

Art. 15 | Kündigung durch den Versicherer und Anpassung der AVB

1 Aquilana hat kein ordentliches Kündigungsrecht und kein Kündigungsrecht im Schadenfall.

2 Bei allen Zusatzversicherungen hat Aquilana das Recht zur Kündigung des Vertrages bei Anzeigepflichtverletzung im Antragsverfahren (Art. 11, Abs. 2) und bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch durch den Versicherten (Art. 38/3 und 40 VVG). In diesen Fällen kann Aquilana innert 4 Wochen nach Kenntnisnahme des Sachverhaltes kündigen.

3 Aquilana ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, diese AVB teilweise während der Vertragsdauer anzupassen:

- a** Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern
- b** Entwicklung der modernen Medizin, welche mit erheblichen Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis verbunden ist
- c** Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen, wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und ähnliches
- d** Veränderungen in den Sozialversicherungsgesetzen, insbesondere Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Unfallversicherungsgesetz (UVG)

4 Werden im Laufe der Vertragsdauer die AVB aufgrund der Bestimmungen gemäss Abs. 3 angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und Aquilana die neuen Bedingungen. Aquilana teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich oder elektronisch per E-Mail mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechenden Zusatzversicherungen auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Ankündigung der Anpassung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der AVB.

Art. 16 | Erlöschen des Leistungsanspruches

Mit dem Ende der Versicherungen erlischt der Anspruch auf Leistungen, einschliesslich solcher für laufende Krankheits- oder Unfallbehandlungen.

Pflichten und Anspruchsberechtigung

Art. 17 | Obliegenheiten im Schadenfall

1 Schadenfälle sind Aquilana durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer sofort anzuzeigen.

2 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.

3 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind Aquilana sämtliche Rechnungen, Belege und ärztliche Zeugnisse von Spitälern, Ärzten, Apotheken, Labor und medizinischem Personal etc. innerhalb von 60 Tagen nach Erhalt einzureichen. Aquilana ist berechtigt, weitere detaillierte Rechnungen, ärztliche Zeugnisse und Belege anzufordern.

4 Liegt der Zeitpunkt der Einreichung von Rechnungen mehr als 24 Monate nach dem Ausstelldatum zurück, entfällt jeder Leistungsanspruch. Es werden in der Regel nur Originalrechnungen anerkannt. Registrierte myAquilana User können ihre Rechnungen via App oder Kundenportal gescannt übermitteln. Versicherungsnehmer können ihre Rechnungen gescannt im PDF-Format auch per E-Mail übermitteln.

5 Der Eintritt in ein Akutspital, in eine psychiatrische Klinik oder in eine Klinik für Rehabilitation ist Aquilana unverzüglich, spätestens aber nach 5 Tagen, zu melden. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen.

6 Bei Kuraufenthalten ist die ärztliche Kurverordnung Aquilana unverzüglich und vor Antritt des Kuraufenthaltes einzureichen. Dies unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades, des Eintrittsdatums und der Aufenthaltsdauer. Aquilana steht das Recht zu, die Kurverordnung durch ihren Vertrauensarzt überprüfen zu lassen. Für Kuren, die ohne ärztliches Zeugnis und ohne Bewilligung von Aquilana angetreten werden, richtet diese keine Leistungen aus.

Art. 18 | Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten

Werden im Schadenfall die gebotenen Anzeigepflichten oder Obliegenheiten schuldhaft verletzt und werden dadurch Ausmass oder Feststellung der Krankheits- oder Unfallfolgen beeinflusst, kann Aquilana ihre Leistungen entsprechend kürzen oder verweigern, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder die anspruchsberechtigte Person beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Folgen und Feststellungen der Krankheit oder des Unfalles keinen Einfluss ausgeübt hat.

Art. 19 | Zahlungspflicht

1 Der Versicherungsnehmer ist im In- und Ausland gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Im Ausland kann Aquilana im Ausnahmefall eines notfallmässigen Akutspitalaufenthalts darüber entscheiden, ob sie unter Berücksichtigung des für die versicherte Person vorhandenen

Versicherungsumfanges eine Kostengarantie erteilt. Dies unter der Voraussetzung, dass unsere telefonische Notrufzentrale rechtzeitig über den konkreten Sachverhalt benachrichtigt wurde.

2 Der Versicherungsnehmer akzeptiert jedoch anderslautende Verträge zwischen Aquilana und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer vorsehen.

Art. 20 | Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und versicherten Personen sind für Aquilana nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von Aquilana für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs bzw. im Ausland im Rahmen des ortsüblichen Tarifs.

Art. 21 | Tarife der Leistungserbringer

Grundlage für die Kostenübernahme bilden die von Aquilana anerkannten schweizerischen Sozialversicherungstarife und die üblicherweise verwendeten Privattarife für Heilungskosten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den einzelnen Zusatzversicherungen.

Art. 22 | Reihenfolge der Leistungsansprüche

Hat die versicherte Person bei Aquilana mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen, richtet sich der Leistungsanspruch aus den verschiedenen Zusatzversicherungen nach folgender Reihenfolge:

- Krankenpflege-Zusatzversicherung PLUS
- Krankenpflege-Zusatzversicherung TOP
- Spitalpflege-Versicherung (SV)

Art. 23 | Leistungsausschlüsse

1 Keine Versicherungsdeckung besteht für:

- a** Gesetzliche Leistungen gemäss KVG und UVG
- b** Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben
- c** Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft während der Wartefrist von 24 Monaten ab Versicherungsbeginn
- d** Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung
- e** Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)
- f** Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen
- g** kosmetische Behandlung oder Operationen
- h** Übernahme von Kostenbeteiligungen, Patientenanteilen und Spesen

2 Bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen werden sämtliche Versicherungsleistungen verweigert:

- a** bei ausländischem Militärdienst
- b** Teilnahme an Unruhen, kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen
- c** Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherungsnehmer sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
- d** Gesundheitsstörungen durch die Einwirkung ionisierender Strahlen. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen im Zusammenhang mit einem versicherten Ereignis sind jedoch versichert
- e** Unfällen, verursacht durch Erdbeben oder Naturkatastrophen
- f** Unfällen bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen
- g** Krankheiten und Unfällen als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen sowie bei grober Fahrlässigkeit

3 Weitere Leistungsausschlüsse in den einzelnen Zusatzversicherungen bleiben vorbehalten.

Art. 24 | Überentschädigung, Subsidiarität und Leistungen Dritter

1 Dem Versicherungsnehmer darf aus den Leistungen von Aquilana oder deren Zusammentreffen mit Leistungen Dritter kein Gewinn erwachsen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die dem Anspruchsberechtigten aufgrund des Versicherungsfalles zustehen. Die Entschädigung aller Versicherer zusammen darf die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

2 Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden AVB werden jeweils in Ergänzung zu den Leistungen inländischer oder ausländischer Sozialversicherungen, insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.

3 Die Versicherten sind im Rahmen der Zumutbarkeit verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber Dritten durchzusetzen, soweit es sich nicht um Ansprüche aus privatversicherungsrechtlichen Verträgen handelt. Ergibt die Durchsetzung der Ansprüche gegenüber Dritten lediglich eine Teildeckung zugunsten der versicherten Person, so besteht eine Deckungspflicht von Aquilana für den ungedeckten Teil im Rahmen des entsprechenden Versicherungsschutzes.

4 Kommt die versicherte Person ihren Verpflichtungen gemäss Abs. 3 nicht nach oder schliesst sie ohne ausdrückliche Zustimmung von Aquilana eine Entschädigungsvereinbarung ab, oder lässt sie ihre Leistungsansprüche verpfänden oder verrechnen, so richtet Aquilana keine Leistungen aus.

5 Bei Doppelversicherung im Sinne von Art. 53 VVG haftet Aquilana für den Schaden in dem Verhältnis, in dem ihre Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.

Art. 25 | Verrechnung

1 Aquilana kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen.

2 Die versicherten Personen und der Versicherungsnehmer haben gegenüber Aquilana kein Verrechnungsrecht.

Prämien und Rückzahlung von Kostenanteilen

Art. 26 | Altersbedingte Prämienanpassung

Die Prämien werden jeweils per 1. Januar eines jeden Jahres dem effektiven Lebensalter der versicherten Person entsprechend angepasst. Diese Anpassung beinhaltet in der Regel eine Prämienerrhöhung. Sofern die Bestimmungen in den einzelnen Zusatzversicherungen keine anderweitige Regelung vorsehen, bestehen für die Festlegung der Prämien folgende Altersgruppen (Effektivalter):

Spitalpflege-Versicherung (SV)

- 0 – 18
- 19 – 25
- 26 – 40
- Ab 41 Jahren sind die Tarife in 5-Jahres-Gruppen gegliedert (41 – 45, 46 – 50 usw.)
- Die letzte Altersgruppe wird mit 66 Jahren erreicht

Krankenpflege-Versicherung PLUS und Krankenpflege-Versicherung TOP

- 0 – 18
- 19 – 25
- 26 – 40
- 41 – 50
- Die letzte Altersgruppe wird mit 51 Jahren erreicht

Zahnpflege-Versicherung (ZV) Stufe I und II

- 0 – 5
- 6 – 10
- 11 – 18
- 19 – 25
- 26 – 45
- 46 – 60
- Die letzte Altersgruppe wird mit 61 Jahren erreicht

Aquilana teilt den Versicherungsnehmern die neue Prämie schriftlich oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die betreffenden Zusatzversicherun-

gen auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Art. 27 | Änderung des Prämientarifs und von Rabatten

Aquilana kann den Prämientarif und die Selbstbehalte aufgrund der Kostenentwicklung und des Schadenverlaufs jährlich neu festlegen. Sie teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die betreffenden Zusatzversicherungen auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Das dritte und jedes weitere Kind erhält bis zum Erreichen des 18. Altersjahres einen Familienrabatt von 50%. Der Rabatt wird nur gewährt, wenn und solange mindestens drei Kinder unter 18 Jahren über eine Zusatzversicherung bei der Aquilana Versicherungen und mindestens ein Elternteil eine Zusatzversicherung gemäss diesen vorliegenden AVB verfügen. Aquilana kann den Familienrabatt aufgrund der Kostenentwicklung auf das Ende des Kalenderjahres entsprechend kürzen oder streichen. Im Fall einer Rabattkürzung oder Rabattstreichung teilt Aquilana dem Versicherungsnehmer diese Änderungen schriftlich oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form mit. Der Versicherungsnehmer, dem ein Rabatt zusteht und der mit der Neuregelung nicht einverstanden ist, kann die Zusatzversicherung gemäss diesen vorliegenden AVB auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Es können Rabatte gewährt werden, die auf einem Rahmenvertrag zwischen der Aquilana und einem Arbeitgeber beruhen. Solche Rabatte können spätestens auf Fälligkeit der nächsten Jahresprämie hin gestrichen oder reduziert werden. Solche Rabatte fallen zudem im Fall einer Kündigung des Rahmenvertrags dahin. Der Wegfall oder die Reduktion von Rabatten berechtigt den Versicherungsnehmer nicht zur Kündigung des Vertrages. Der Versicherungsnehmer kann Auskunft über die für die Dauer des Rabatts und die Änderungsmöglichkeit entscheidenden Bestimmungen im Rahmenvertrag (in Form eines Vertragsauszuges oder einer schriftlichen Notiz) erhalten. Der Name des Arbeitgebers, mit dem ein Rahmenvertrag besteht, ergibt sich aus der Versicherungspolice. Aquilana teilt den Versicherungsnehmern Änderungen schriftlich oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form mit.

Art. 28 | Prämienzahlung und Ruhen der Versicherung bei Zahlungsverzug

1 Die Prämien sind ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus bis zu dem in der Prämienrechnung angegebenen Tag zur Zahlung fällig.

2 Beginnt oder endet die Versicherung im Laufe eines Monats, infolge Geburt oder Wohnsitznahme in der Schweiz bzw. bei Ende der Versicherung infolge Wegzug ins Ausland oder im Todesfall, so werden die Prämien im entsprechenden Monat taggenau berechnet und erhoben. Dies gilt auch für die Sistierung der entsprechenden Zusatzversicherungen bei einer Militär- oder Zivildienstleistung.

3 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht für Prämien und Selbstbehalte nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich oder elektronisch per E-Mail aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg oder wird der geforderte Betrag nicht vollumfänglich beglichen, ruht die Leistungspflicht aller Zusatzversicherungen nach Ablauf der Mahnfrist (Art. 20 Abs.1 und 3 VVG).

4 Für Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Bezahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

5 Wird die ausstehende Prämie oder Kostenbeteiligung nicht innert 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, gilt der Vertrag als beendet (Art. 10 Abs. 3 lit. f der AVB).

Art. 29 | Rückzahlung von Selbsthalten

Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch Aquilana ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung zurückzuerstatten.

Art. 30 | Mahnspesen

Aquilana ist bei Zahlungsverzug berechtigt, dem Versicherungsnehmer alle Unkosten für das Mahn- und Betreibungsverfahren zu belasten.

Art. 31 | Rückerstattung der Prämie

Wird der Vertrag aufgehoben, erstattet Aquilana die nichtverbrauchte Prämie zurück; ausgenommen wenn der Versicherungsnehmer die betreffende Zusatzversicherung im Schadenfall während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt. In diesem Fall bleibt die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ganz geschuldet.

Verschiedenes

Art. 32 | Mitteilungen

1 Alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers, des Anspruchsberechtigten oder anderer Personen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, sind stets schriftlich oder in anderer Textform, namentlich per E-Mail an Aquilana in Baden zu richten. Anzeigen und Mitteilungen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss (Art. 10 AVB) können auch über das Kundenportal und App myAquilana gesendet werden. Aquilana lehnt jegliche Haftung für Schäden im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Kommunikationskanäle ab, soweit von Seiten Aquilana kein Fehlverhalten vorliegt und sofern dies rechtlich zulässig ist.

2 Alle Mitteilungen seitens Aquilana erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz. Sie können im rechtlich zulässigen Rahmen auch per E-Mail-Adresse oder für myAquilana registrierte Versicherungsnehmer betreffend ausgewählte Output-Dokumente per Endkunden-App / Endkunden-Portal erfolgen.

3 Für alle Mitteilungen, die Aquilana nach Massgabe dieses Vertrags oder des Gesetzes gemacht werden müssen, wird folgende Meldestelle bezeichnet: Aquilana Versicherungen, Brugerstrasse 46, CH-5401 Baden, Tel. +41 56 203 44 44.

Art. 33 | Datenerfassung und -bearbeitung

1 Aquilana stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des schweizerischen Rechts, namentlich des Datenschutzgesetzes (DSG), eingehalten wird. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann Aquilana die zur Durchführung der Zusatzversicherungen notwendigen Informationen einholen, physisch oder elektronisch erfassen sowie an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

2 Aquilana bearbeitet die Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben, und verwendet diese insbesondere für die Risikoabklärung, die Leistungsbearbeitung sowie für statistische Auswertungen.

Art. 34 | Gerichtsstand

Bei Rechtsstreitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann Aquilana am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten bzw. am Sitz in Baden belangt werden.

II Spitalpflege-Versicherung (SV)

Art. 35 | Allgemeines

1 Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten einer stationären Behandlung in einem Akutspital.

2 Aquilana gewährt auch Beiträge an Transport- und Rettungskosten, Bade- und Erholungskuren, Aufenthalte in Chronischkranken- oder Pflegeheimen, psychiatrische Kliniken sowie Haushalthilfe.

3 Leistungskürzungen, Ausschlüsse oder Kostenbeteiligungen aus gesetzlichen Versicherungen werden nicht vergütet.

4 Die Spitalpflege-Versicherung kennt grundsätzlich keine örtlichen, zeitlichen und betraglichen Beschränkungen.

Art. 36 | Begriffe

1 Als Akutspital gelten ärztlich geleitete Spitäler oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder stationärer Durchführung der medizinischen Rehabilitation dienen und die in der Spitalliste des Kantons (Art. 39, Abs. 1, lit. e KVG) aufgeführt sind.

2 Als Spitalbehandlung im Sinne der vorliegenden Bestimmungen gilt die medizinische Behandlung in einem Spital, die nach allgemeiner ärztlicher Beurteilung einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Art. 37 | Versicherungsmöglichkeiten

Versicherbar sind folgende Leistungsstufen:

1 Allgemeine Abteilung (SV/A)

Mehrbettzimmer mit anerkannter Tarifbindung, d.h. vertraglich oder durch Behörden festgelegter Tarif, in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz.

2 Halbprivate Abteilung (SV/HP)

Zweibettzimmer mit anerkannter Tarifbindung, d.h. vertraglich oder durch Behörden festgelegter Tarif, in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz. Aufenthalts- und Behandlungskosten des Spitals werden nach Vertrag oder Vereinbarung entschädigt, die Behandlungskosten der Ärzte nach Tarifvertrag.

3 Private Abteilung (SV/P)

Einbettzimmer in öffentlichen und privaten Spitälern, freie Arztwahl, weltweit.

Art. 38 | Karenzzeit

Die Karenzfrist für Leistungen bei Mutterschaft beträgt ab Versicherungsbeginn 24 Monate.

Art. 39 | Selbstbehalt

1 In den Leistungsstufen SV/HP und SV/P kann ein Selbstbehalt von CHF 2'000.– oder CHF 5'000.– pro Kalenderjahr vereinbart werden. Die Prämie wird entsprechend reduziert.

2 Die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer hat den vereinbarten Selbstbehalt bei Beanspruchung von Leis-

tungen aus der entsprechenden Leistungsstufe pro Kalenderjahr einmal selbst zu tragen. Bei einem Spitalaufenthalt über den Jahreswechsel wird der gewählte Selbstbehalt nur einmal pro Kalenderjahr zu Beginn dieses Spitalaufenthaltes erhoben. Der Selbstbehalt entfällt, wenn die versicherte Person die allgemeine Abteilung eines Spitals in der ganzen Schweiz wählt. Begibt sich eine in der Leistungsstufe SV/P versicherte Person in die halbprivate Abteilung eines Spitals, erhebt Aquilana nur die Hälfte des vereinbarten Selbstbehaltes.

3 Die Erhöhung oder Reduktion eines bestehenden Selbstbehaltes ist innerhalb der vereinbarten Leistungsstufe mit einmonatiger Voranzeige jeweils auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Art. 40 | Änderungen von bestehenden Leistungsstufen

1 Der Wechsel in eine Leistungsstufe mit einer erhöhten Versicherungsdeckung unterliegt den in Art. 9, 11 und 12 der AVB erwähnten Bestimmungen und ist mit einmonatiger Voranzeige jeweils auf den Ersten eines Monats möglich.

2 Der Wechsel in eine tiefere Leistungsstufe ist mit einmonatiger Voranzeige auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Art. 41 | Leistungsumfang

1 In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung werden bei stationärem Aufenthalt in einem Akutspital im Rahmen der versicherten Leistungsstufe nur die effektiven Mehrleistungen vergütet. Hierfür wird unterschieden zwischen:

- a** Ärztlichen Mehrleistungen
- b** Klinischen Mehrleistungen
- c** Mehrleistungen für Hotellerie/Komfort

2 Nicht versichert sind persönliche Auslagen für Getränke, Essen für Angehörige, Radio/TV, Coiffeur, Telefon, Verwaltungsgebühren, Todesfallkosten usw.

3 Bei medizinischen Notfällen während eines Auslandsaufenthaltes werden die Versicherungsleistungen nur gewährt:

- a** wenn die versicherte Person Aquilana unter Beilage eines Arztzeugnisses sofort nach der Erkrankung genau orientiert; und
- b** solange eine Rückreise an den Wohnort nicht angemessen ist; bzw.
- c** wenn die versicherte Person an ihren Wohnort zurückkehrt, sobald dies angemessen ist, d.h. wenn der behandelnde Arzt seine ausdrückliche Zustimmung für die Rückreise an den Wohnort mit dem gewählten Transportmittel gibt

Kein medizinischer Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke einer Behandlung ins Ausland begeben.

Die Leistung erfolgt komplementär im Verhältnis zu einer entsprechenden Leistung im Rahmen der Sozialversicherung.

Sind die Angaben in den Originalrechnungen ungenügend oder unvollständig, werden die Leistungen aufgrund eigener Abklärungen und entsprechend sachgerechtem Ermessen von Aquilana festgesetzt.

Art. 42 | Leistungsausschlüsse

Aus der Spitalpflege-Versicherung werden keine Leistungen für Entwöhnungskuren (Alkohol, Drogen usw.) ausgerichtet.

Art. 43 | Spital-Klassenwechsel

Begibt sich eine versicherte Person in eine höhere als die versicherte Leistungsstufe, werden die durch die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nicht gedeckten Kosten (allgemeine Abteilung Wohnkanton) von Aquilana prozentual wie folgt übernommen:

- Leistungsstufe SV/A 25% bei Aufenthalt auf der halbprivaten oder privaten Abteilung
- Leistungsstufe SV/HP 50% bei Aufenthalt auf der privaten Abteilung

Art. 44 | Hotellerie/Zimmerkomfort

Allgemein-Versicherte (SV/A) sowie Halbprivat-Versicherte (SV/HP) können spätestens beim Eintritt ins Spital entscheiden, welchen Hotel- bzw. Zimmerkomfort sie in Anspruch nehmen möchten. Bei der Wahl eines höheren Hotel- bzw. Zimmerkomforts, der nicht der abgeschlossenen Versicherung entspricht, beteiligt sich die versicherte Person mit einer Kostenbeteiligung. Mit der flexiblen Wahl des höheren Hotel- bzw. Zimmerkomforts übernimmt Aquilana in Ergänzung zu den tatsächlich versicherten Leistungen (OKP und/oder SV/A bzw. SV/HP) in Akutspitalern (exkl. Psychiatrie, Rehakliniken, Bade- und Erholungskuren) die entstehenden Pensionskosten (Kost und Logis) unter Abzug der von der versicherten Person zu entrichtenden Kostenbeteiligung wie folgt:

Allgemein-Versicherte (SV/A)

a Bei Aufenthalt in der Zimmerkategorie für halbprivat Versicherte übernimmt Aquilana 75% der Pensionskosten (Kost und Logis). Die Kostenbeteiligung der versicherten Person beträgt 25%, max. CHF 5'000.– pro Kalenderjahr

b Bei Aufenthalt in der Zimmerkategorie für privat Versicherte übernimmt Aquilana 50% der Pensionskosten (Kost und Logis). Die Kostenbeteiligung der versicherten Person beträgt 50%, max. CHF 10'000.– pro Kalenderjahr

Halbprivat-Versicherte (SV/HP)

Bei Aufenthalt in der Zimmerkategorie für privat Versicherte übernimmt Aquilana 75% der Pensionskosten (Kost und Logis).

Die Kostenbeteiligung der versicherten Person beträgt 25%, max. CHF 5'000.– pro Kalenderjahr.

Art. 45 | Transport- und Rettungskosten

An medizinisch notwendige Transport- und Rettungskosten inkl. Rückführungskosten vom Ausland in die Schweiz erbringt Aquilana folgende Leistungen:

- Leistungsstufe SV/A: bis max. CHF 20'000.– pro Kalenderjahr
- Leistungsstufe SV/HP: unbegrenzt
- Leistungsstufe SV/P: unbegrenzt

Art. 46 | Bade- und Erholungskuren

1 Für Rekonvaleszenz- sowie Bade- und Erholungskuren gewährt Aquilana Leistungen, sofern eine solche Kur vom behandelnden Arzt zur Wiedererlangung der Gesundheit als notwendig verordnet worden ist.

2 Bei Badekuren in anerkannten Badekurorten sowie bei ärztlich verordneten Erholungskuren in schweizerischen Kurhäusern gemäss anerkannter Liste werden folgende Tagesleistungen für Kost und Logis ausgerichtet:

	Badekuren	Erholungskuren
SV/A	CHF –.–	CHF 20.–
SV/HP	CHF 40.–	CHF 30.–
SV/P	CHF 60.–	CHF 40.–

3 Diese Leistungen werden für längstens 30 Tage und innerhalb von 2 Jahren nur einmal gewährt, ausser im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt. Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Behandlungsenddatum der vorangegangenen Bade- bzw. Erholungskur. In ausserordentlichen Fällen kann die Geschäftsleitung, gestützt auf ein ärztliches Zeugnis, die Leistungen für weitere Zeit bewilligen.

4 Für Aufenthalte in Kur- und Erholungshäusern ausserhalb der Schweiz besteht keine Leistungspflicht.

Art. 47 | Chronischkrankenhäuser/Pflegeheime

Bei Aufenthalt in der Pflegeabteilung eines Spitals oder in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim werden maximal folgende Tagesleistungen während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen erbracht:

SV/A	CHF –.–
SV/HP	CHF 15.–
SV/P	CHF 20.–

Art. 48 | Psychiatrie

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden maximal folgende Leistungen während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen erbracht:

1. – 90. Tag	Kostenübernahme gemäss versicherter Spitalabteilung	
91. – 180. Tag	SV/A	CHF 50.– pro Tag
	SV/HP	CHF 75.– pro Tag
	SV/P	CHF 100.– pro Tag
181. – 720. Tag	SV/A	CHF 25.– pro Tag
	SV/HP	CHF 50.– pro Tag
	SV/P	CHF 75.– pro Tag

Sofern ein Wiedereintritt nicht innerhalb von 180 Tagen seit dem letzten Klinikaustritt erfolgt, entsteht der Anspruch von 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen wieder neu.

Art. 49 | Haushalthilfe

1 An die Kosten für Haushalthilfe werden im Rahmen der Gemeindetaxen maximal folgende Tagesleistungen erbracht:

SV/A	CHF 20.–
SV/HP	CHF 40.–
SV/P	CHF 60.–

2 Die erwähnten Leistungen werden für höchstens 30 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erbracht, wenn die versicherte Person nach ärztlicher Anordnung einer Haushalthilfe bedarf und dadurch nachweislich ein Spitalaufenthalt verkürzt werden kann. Als Haushalthilfe gilt, wer mit entsprechender beruflicher Qualifikation auf eigene Rechnung oder für eine Spitex-Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.

3 Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Ende des vorangegangenen Behandlungsdatums.

Art. 50 | Gesundheitsrechtsschutz

Die Leistungsstufen der Spitalpflege-Versicherung (SV/HP und SV/P) werden durch einen Gesundheitsrechtsschutz der Coop Rechtsschutz AG ergänzt. Die Kundeninformation nach VVG sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gesundheitsrechtsschutzversicherung von Coop Rechtsschutz AG sind als Anhänge I und II zu diesen AVB integriert.

Der Gesundheitsrechtsschutz stellt keinen festen Bestandteil des Produkts Spitalpflege-Versicherung dar, indem die Rechtsschutzdeckung von einem anderen Risikoträger nach separaten Allgemeinen Versicherungsbedingungen gewährt wird und separat beendet werden kann. Aquilana hat keinerlei Verpflichtung im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung.

Kommt es zu einer Beendigung des Rechtsschutz-Versicherungsvertrags, so richten sich die Leistungen für laufende Schadenfälle nach dessen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Aquilana wird sich in diesem Fall bemühen, einen neuen Risikoträger zu finden, der eine Versicherung mit möglichst gleichwertiger Rechtsschutzdeckung zur Verfügung stellt. Aquilana wird die Versicherten diesbezüglich informieren.

Art. 51 | Rooming-In (Aufenthalt einer Begleitperson im selben Zimmer)

Im Falle eines stationären Akutspitalaufenthaltes eines bei der Aquilana versicherten Kindes bis zum vollendeten 14. Altersjahres bezahlt Aquilana den festgelegten Betrag aus der Versicherung des Kindes an die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson wie folgt:

Leistungsstufe SV/HP	CHF 80.– / Übernachtung, max. CHF 1'500.– pro Kalenderjahr
Leistungsstufe SV/P	CHF 150.– / Übernachtung, max. 2'500.– pro Kalenderjahr

Art. 52 | Geburtspauschale bei ambulanter Geburt zu Hause

Für eine ambulante Geburt zu Hause (Hausgeburt anstelle der Kostenübernahme bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder Geburtshaus) bezahlt Aquilana den nachstehend aufgeführten, einmaligen maximalen Betrag (Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt) aus der Spitalpflege-Versicherung der Mutter:

Leistungsstufe SV/A	CHF 1'000.– pro Geburt
Leistungsstufe SV/HP	CHF 1'500.– pro Geburt
Leistungsstufe SV/P	CHF 2'000.– pro Geburt

Die Hausgeburt muss durch den Arzt oder die Hebamme schriftlich bestätigt werden.

Art. 53 | BetterDoc Spezialistensuche

Halbprivat-Versicherte (SV/HP) und Privat-Versicherte (SV/P) haben jederzeit die Möglichkeit sich beim unabhängigen Kooperationspartner BetterDoc Unterstützung bei der Identifikation geeigneter Spezialisten für eine Zweitmeinung, Behandlung oder Operation einzuholen. BetterDoc misst und erhebt Qualitätsdaten von Ärzten und Spitälern im Schweizer Gesundheitssystem und wendet diese für die Spezialistenempfehlungen am individuellen Patientenfall an, um für jeden Patienten den direkten Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung sicherzustellen. Die Dienstleistung steht den Zusatzversicherten SV/HP und SV/P von Aquilana kostenfrei zur Verfügung.

III Krankenpflege-Versicherung PLUS

Art. 55 | Allgemeines

Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten für Sehhilfen, nicht-kassenpflichtige Medikamente, Prävention, alternative Behandlungsmethoden, medizinische Hilfsmittel, Rekonvaleszenz-, Bade- und Erholungskuren, nichtärztliche Psychotherapie, Unterbindungen, Ohrenkorrekturen sowie Ärzte im Ausstand.

Art. 56 | Sehhilfen

1 Auch ohne ärztliche Verordnung werden für Brillengläser, Brillenfassungen oder Kontaktlinsen 90% des Rechnungsbeitrages, maximal jedoch CHF 250.–, erbracht. Diese Leistung wird für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr einmal pro Kalenderjahr und für Erwachsene einmal alle 3 Kalenderjahre ausgerichtet.

2 Nach erstmaliger Kostenübernahme erfolgen weitere Vergütungen, wenn das Datum der Rechnung – unter Einhaltung vorstehend erwähnter Fristen – in das entsprechende Kalenderjahr fällt. Aquilana übernimmt keine Kosten für den Ersatz verlorener oder die Reparatur beschädigter Brillen/Kontaktlinsen.

Art. 57 | Nicht kassenpflichtige Medikamente

1 Die von einem Arzt verordneten nicht kassenpflichtigen Medikamente, die beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) für die betreffende Indikation registriert sind, werden zu 90% übernommen.

2 Ausgenommen von der Leistungspflicht sind die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführten Präparate und solche, die im Rahmen von wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden.

Art. 58 | Prävention

1 An die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung werden einmal pro Kalenderjahr 90% der Rechnung nach anerkanntem Tarif ausgerichtet.

2 Für ärztlich verordnete Fruchtwasseruntersuche werden ungeachtet des Alters 90% der Kosten nach anerkanntem Tarif übernommen.

3 Bei gesetzlich nicht gedeckten Kosten von Impfungen (inkl. Reiseschutz) werden 90%, maximal jedoch CHF 250.– pro Kalenderjahr, übernommen.

Art. 59 | Medizinische Hilfsmittel

1 Aquilana erbringt an die Kosten von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen) und die nicht als

gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90%, maximal jedoch CHF 200.– pro Kalenderjahr.

2 Die Leistungen werden erbracht, sofern nicht ein anderer Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist. Bei Doppelversicherung gilt Art. 24 Abs. 5 der AVB.

3 Die Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparaturen der Mittel und Gegenstände werden nicht übernommen.

Art. 60 | Nichtärztliche Psychotherapie

An ärztlich verordnete Psychotherapie, ausgeführt durch einen selbständigen, auf eigene Rechnung tätigen Psychologen, welcher Mitglied des ASP oder FSP sein muss, werden maximal 30 Sitzungen à CHF 60.– pro Kalenderjahr übernommen.

Art. 61 | Ärzte im Ausstand

An kassenpflichtige Behandlungen durch Ärzte, welche gemäss Art. 44 Abs. 2 KVG den Ausstand gewählt haben (z.B. Professoren) und die keine detaillierten Fakturen ausstellen, vergütet Aquilana 50% der Gesamtkosten. Diese Leistung wird dann erbracht, wenn die versicherte Person freiwillig einen Arzt im Ausstand aufsucht. Wird hingegen die versicherte Person zu einem solchen überwiesen – hierfür ist ein ärztliches Attest erforderlich – oder wird die Behandlung im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erforderlich, werden 90% der Aufwendungen bezahlt.

Art. 62 | Unterbindungen

Für Unterbindungen (Vasektomie bzw. Tubenligatur) werden 90%, maximal jedoch CHF 500.– pro Kalenderjahr, erbracht.

Art. 63 | Ohrenkorrekturen

An die Kosten ärztlich erbrachter Korrekturoperationen für abstehende Ohren wird eine einmalige Leistung von 50%, max. CHF 1'500.– ausgerichtet. Diese Leistung erfolgt unbeachtet davon, ob ein Ohr oder beide Ohren operiert werden.

Art. 64 | Alternative Behandlungsmethoden

Aquilana übernimmt bei alternativer Medizin (Erfahrungs-/Komplementärmedizin) folgende Kosten:

a 90% an ärztlich verordnete homöopathische und anthroposophische Präparate. Keine Leistungen werden an die Kosten für Medikamente erbracht, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführt sind

b 90% an die von einem diplomierten Arzt, Naturarzt (A-Mitglied der Naturärztevereinigung der Schweiz / NVS, Mitglied des SVNH sowie kantonal zugelassene Heilpraktiker) oder einem gemäss erfahrungsmedizinischem Register (EMR) anerkannten Therapeuten durchgeführten alternativen Behandlungsmethoden, inkl. verordneter Analysen

Für lit. a) und b) zusammen werden pro Kalenderjahr maximal CHF 1'000.– ausgerichtet.

Art. 65 | Bade- und Erholungskuren

1 Für Rekonvaleszenz- sowie Bade- und Erholungskuren gewährt Aquilana Leistungen, sofern eine solche Kur vom behandelnden Arzt zur Wiedererlangung der Gesundheit als notwendig verordnet worden ist.

2 Bei Badekuren in anerkannten Badekurorten sowie bei ärztlich verordneten Erholungskuren in schweizerischen Kurhäusern gemäss anerkannter Liste werden folgende Tagesleistungen für Kost und Logis ausgerichtet:

a Badekuren CHF 40.–

b Erholungskuren mit ärztlicher Leitung CHF 60.– Erholungskuren ohne ärztliche Leitung CHF 40.–

3 Diese Leistungen werden für längstens 30 Tage und innerhalb von 2 Jahren nur einmal gewährt, ausser im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt. Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Behandlungsendedatum der vorangegangenen Bade- bzw. Erholungskur. In ausserordentlichen Fällen kann die Geschäftsleitung, gestützt auf ein ärztliches Zeugnis, die Leistungen für weitere Zeit bewilligen.

4 Für Aufenthalte in Kur- und Erholungshäusern ausserhalb der Schweiz besteht keine Leistungspflicht.

IV Krankenpflege-Versicherung TOP

Art. 66 | Allgemeines

Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten für privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland, alternative Behandlungsmethoden, medizinische Hilfsmittel sowie Gesundheitsförderung/Prävention.

Art. 67 | Privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland

1 Sofern die Rechnung den ortsüblichen Arzttarif übersteigt, werden bei medizinischen Notfällen weltweit 90% der Kosten für privatärztliche ambulante Behandlungen übernommen.

2 An die Kosten für ambulante Wahlbehandlungen im Ausland vergütet Aquilana 90%, max CHF 1'000.– pro Kalenderjahr. Dieser Versicherungsschutz beschränkt sich auf medizinisch notwendige Behandlungen im Rahmen des KVG-Pflichtleistungskataloges.

Art. 68 | Alternative Behandlungsmethoden

Aquilana übernimmt bei alternativer Medizin (Erfahrungs-/Komplementärmedizin) folgende Kosten:

a 90% an ärztlich verordnete homöopathische und anthroposophische Präparate. Keine Leistungen werden an die Kosten für Medikamente erbracht, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführt sind

b 90% an die von einem diplomierten Arzt, Naturarzt (A-Mitglied der Naturärztevereinigung der Schweiz / NVS, Mitglied des SVNH sowie kantonal zugelassene Heilpraktiker) oder einem gemäss erfahrungsmedizinischem Register (EMR) anerkannten Therapeuten durchgeführten alternativen Behandlungsmethoden, inkl. verordneter Analysen

Für lit. a) und b) zusammen werden pro Kalenderjahr maximal CHF 2'000.– ausgerichtet.

Art. 69 | Medizinische Hilfsmittel

1 Aquilana erbringt an die Kosten von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90%, maximal jedoch CHF 1'000.– pro Kalenderjahr.

2 Die Leistungen werden erbracht, sofern nicht ein anderer Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist. Bei Doppelversicherung gilt Art. 24, Abs. 5 der AVB.

3 Die Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparaturen der Mittel und Gegenstände werden nicht übernommen.

Art. 70 | Gesundheitskonto

1 Für gesundheitsfördernde bzw. präventive Massnahmen wird für jede versicherte Person ein Gesundheitskonto mit einem maximalen Anspruch von CHF 600.– pro Kalenderjahr geführt. Aus dem Gesundheitskonto werden bezahlt:

- a** 90% der Kosten, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr, für ärztlichen Gesundheits-Check-up, exklusiv gynäkologischer Vorsorgeuntersuchung
- b** 50% der Kosten, max. CHF 300.– pro Kalenderjahr, für vorbeugendes Krafttraining in anerkanntem Fitnesscenter und unter qualifizierter Anleitung zur Verhinderung von Rückfällen von Rückenleiden, Knieverletzungen etc.
- c** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Rheumaschwimmen, Thermalbäder, Aquafit und Morbus-Bechterew-Turnen
- d** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Kurse zu weiteren Gesundheitsthemen (Ernährungs-/Diätberatung, Raucherentwöhnung)
- e** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Schwangerschaftsturnen, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung

2 Die in Absatz 1 aufgeführte Aufzählung ist abschliessend.

Art. 71 | Kieferorthopädische Behandlungen (Zahnfehlstellungen)

1 An die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen aus kau-funktionellen Gründen (Korrektur von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten) übernimmt Aquilana bis zum vollendeten 25. Altersjahr 75 % der Kosten, max. CHF 5'000.– pro Kalenderjahr.

2 Versichert sind Behandlungen, die frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn vorgenommen werden. Sofern der Beitritt der versicherten Person vor Vollendung des 6. Altersjahres erfolgt ist, entfällt die erwähnte Karenzfrist.

3 Voraussetzung für die Leistung ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvoranschlages, der Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie und der vorgesehenen Behandlungsmittel.

4 Versicherte, die kieferorthopädische Leistungen im Sinne dieses Artikels beanspruchen können, haben die detaillierten Zahnarztrechnungen im Original mit Angabe der Tarifziffern gemäss UV- / MV /IV-Zahnarztтарif einzureichen.

5 Beim Zusammentreffen eines Anspruches mit Leistungen aus der Zahnpflege-Versicherung (ZV Stufe 1 und/oder ZV Stufe 2) gehen die Leistungen gemäss Art. 67 ff. dieser AVB vor.

6 Beiträge der Schul- oder Jugendzahnpflege werden an die Leistungen gemäss Art. 66, Ziff. 1 angerechnet.

V Zahnpflege-Versicherung (ZV)

Art. 72 | Allgemeines

Aus der Zahnpflege-Versicherung werden Leistungen an die Kosten für alle nicht unfallbedingten zahnärztlichen Behandlungen, inkl. Laborarbeiten, erbracht. An Zahnregulierungen bei Kindern und Jugendlichen werden die Leistungen bis zum zurückgelegten 25. Altersjahr übernommen.

Art. 73 | Versicherungsmöglichkeiten und Beitrittsbestimmungen

Versicherbar sind folgende Leistungsstufen:

1 ZV Stufe I: 30% der gesamten Behandlungskosten, maximal jedoch CHF 1'000.– pro Kalenderjahr.

2 ZV Stufe II: 60% der gesamten Behandlungskosten, maximal jedoch CHF 2'500.– pro Kalenderjahr.

3 Die Leistungsstufen sind einzeln wählbar. Es können aber auch beide Stufen zusammen abgeschlossen werden.

4 Der Antragssteller hat im Zeitpunkt der Aufnahme in die Zahnpflege-Versicherung oder bei Wechsel in eine höhere Leistungsstufe auf eigene Kosten und mittels zahnärztlichen Attests den Gesundheitszustand von Zähnen, Zahnfleisch, Odontoparodont und Kiefer auszuweisen. Für Kinder bis zum vollendeten sechsten Altersjahr wird kein zahnärztliches Attest verlangt.

Art. 74 | Berechnung der Versicherungsleistungen

1 Massgebend für die Berechnung sind Behandlungsbeginn und -ende. Für Behandlungsrechnungen, welche zwei oder mehr Kalenderjahre umfassen, wird der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungsmonate geteilt. Entsprechend der jeweiligen Behandlungsdauer werden Rechnungsbetrag und Leistungen den einzelnen Kalenderjahren zugewiesen. Es steht der versicherten Person jedoch frei, die Rechnung nach Behandlungstagen durch den Leistungserbringer austaxieren zu lassen.

2 Die Gesamtleistung der ZV (inkl. Drittleistungen) dürfen die totalen Kosten der zahnärztlichen Behandlung nicht übersteigen.

3 Die Versicherungsleistungen werden nur für bereits durchgeführte und in Rechnung gestellte Behandlungen erbracht.

Art. 75 | Zahnärztliche Behandlungen Im Ausland

Die Leistungen der Zahnpflege-Versicherung werden auch dann erbracht, wenn die Behandlung im Ausland erfolgt und die ausländische Medizinalperson über eine Ausbildung verfügt, die einer schweizerischen gleichwertig ist.

Art. 76 | Kündbarkeit

Die ZV-Stufen I und II sind einzeln kündbar.

Anhang I

Kundeninformation nach VVG (betreffend Gesundheitsrechtsschutz)

1. Versicherer

Coop Rechtsschutz AG
Entfelderstrasse 2
5001 Aarau

Tel. +41 62 836 00 00

Fax. +41 62 836 00 01

E-Mail info@cooprecht.ch

Web www.cooprecht.ch

2. Wichtige Regelungen zur Rechtsschutzversicherung

Die massgebenden rechtlichen und vertraglichen Regelungen finden Sie in Ihrer Versicherungspolice sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Diese werden im Bedarfsfall mit Besonderen oder Zusätzlichen Bedingungen ergänzt oder ersetzt. Die für das Vertragsverhältnis geltenden Dokumente sind in Ihrer Police erwähnt. Was nicht ausdrücklich erwähnt wird, ist gesetzlich geregelt. Sehen die genannten Dokumente keine Regelung vor, gelten deshalb das Schweizerische Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit seinen Nebenerlassen sowie das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO).

3. Art der Versicherung

Ihre Rechtsschutzversicherung stellt eine sogenannte Schadenversicherung dar. Das heisst, dass immer eine drohende oder bereits eingetretene Vermögenseinbusse Voraussetzung und Bemessungskriterium für die Leistungspflicht bildet.

4. Versicherte Rechtsbereiche und wichtigste Leistungen

Ihre Rechtsschutzversicherung bietet Rechtsschutz bei Streitigkeiten als Privatperson im Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung. Coop Rechtsschutz vertritt Ihre rechtlichen Interessen und übernimmt die Rechtskosten in den aufgeführten Rechtsbereichen. Sie können die Rechtsschutzversicherung als Einzel- oder als Familienversicherung abschliessen. Die detaillierten Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5. Zeitliche Deckung

Ihre Rechtsschutzversicherung bietet Ihnen Leistungen und Kostendeckung für Rechtsstreitigkeiten. Die zeitliche Deckung setzt voraus, dass sowohl die Rechtsstreitigkeit als auch das dieser zugrunde liegende Ereignis während der Dauer des Vertrages eintreten. Für gewisse Rechtsbereiche kommt sodann

eine dreimonatige Wartefrist zur Anwendung. Details dazu entnehmen Sie bitten den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. Wichtigste Deckungsausschlüsse

- Bezahlung von Bussen und Geldstrafen
- Bezahlung von Schadenersatz und Genugtuung
- Bezahlung von Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist
- Bezahlung von Kosten für Beurkundung, Registereinträge und Gebühren
- Fälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder innerhalb einer allfälligen Wartefrist oder nach dessen Beendigung eingetreten sind
- Fälle unter im gleichen Vertrag versicherten Personen
- Fälle gegen den in einem Schadenfall beauftragten Vertreter, Mediator oder Experten
- Fälle im Zusammenhang mit der vorsätzlichen Begehung einer Straftat sowie bei vorsätzlich verursachten Rechtsschutzfällen
- Fälle im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen
- Fälle im Zusammenhang mit abgetretenen Forderungen oder mit Forderungen, welche auf eine versicherte Person in deren Eigenschaft als Erben übergegangen sind
- Fälle gegen die Aquilana, die Coop Rechtsschutz, deren Organe oder Mitarbeitenden

7. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Pflichten ergeben sich aus den Bestimmungen gemäss Ziffer 2 dieser vorliegenden Kundeninformation nach VVG (betreffend Gesundheitsrechtsschutz) und beinhalten insbesondere folgende Obliegenheiten:

- Fristgerechte Bezahlung der Prämie
- Sofortige Meldung von Schadenereignissen
- Mitwirkung im Schadenfall wie z.B. Information, Dokumentation und Absprache wichtiger Verfahrensschritte (z.B. Anwaltsbeizug, Prozesseinleitung, Abschluss eines Vergleiches, etc.)

Beachten Sie, dass eine Verletzung von Obliegenheiten zu einer Kürzung oder zum Verlust Ihres Versicherungsanspruchs führen oder die Durchsetzung Ihrer Rechtsansprüche erschweren kann.

8. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages

Die Versicherung beginnt grundsätzlich an dem Tag, der in der Police als Startdatum aufgeführt ist. Der Versicherungsvertrag wird für eine unbegrenzte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag nach einer ununterbrochenen einjährigen Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalender-

jahres ordentlich kündigen. Weitere Beendigungsgründe ergeben sich aus den AVB.

9. Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Textform widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs am letzten Tag der Widerrufsfrist. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: kundendienst@aquilana.ch. Fax +41 56 203 44 99. Postanschrift: Aquilana Versicherungen, Postfach, 5401 Baden.

10. Datenschutz

Wir erfassen und bearbeiten lediglich Personen- und Geschäftsdaten, welche für die Vertrags- und Schadenabwicklung notwendig sind. Ihre Personendaten werden vertraulich behandelt und gegen unberechtigte Einsichtnahme geschützt. Ausführliche Informationen zur Bearbeitung Ihrer Personendaten durch die Coop Rechtsschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (<https://www.cooprecht.ch/de/datenschutz-erklaerung>).

Anhang II

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Gesundheitsrechtsschutz der Coop Rechtsschutz AG (Version 2023)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kollektive Rechtsschutz-Versicherung von Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung.

1. Grundlage

1.1. Risikoträgerin

Versicherin und Risikoträgerin ist die Coop Rechtsschutz AG, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau.

1.2. Vertragsgrundlagen

Der Vertragsinhalt richtet sich nach den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) sowie der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO).

1.3. Kollektivversicherungsvertrag

Die Gewährung des Gesundheitsrechtsschutzes erfolgt aufgrund des Kollektivversicherungsvertrags zwischen dem Krankenversicherer und der Coop Rechtsschutz AG. Wird dieser Kollektivversicherungsvertrag aufgelöst, so schliesst der Krankenversicherer einen neuen Kollektivvertrag mit einem anderen Risikoträger ab. Erfolgt ein Wechsel des Risikoträgers, so sind in laufenden Schadenfällen die Leistungen garantiert. Der Wechsel des Risikoträgers wird der versicherten Person spätestens drei Monate vor dem Wechsel bekannt gegeben.

1.4. Aufnahme in die Versicherung

In die Versicherung werden nur Personen aufgenommen, die ihren gesetzlichen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Schweiz haben. Die Versicherung kann nur zusammen mit einer Spitalpflege-Versicherung Leistungsstufe Halbprivat (SV/HP) oder Privat (SV/P) abgeschlossen bzw. geführt werden.

1.5. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den AVB des Krankenversicherers zur Spitalpflege-Versicherung (SV).

2. Geltungsbereich

2.1. Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei der Aquilana Versicherungen eine Spitalpflege-Versicherung Leistungsstufe Halbprivat (SV/P) oder Privat (SV/P) abgeschlossen haben. Stirbt eine ver-

sicherte Person als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

2.2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Rechtsstreitigkeiten, die während ihrer Dauer eintreten. Massgebend für den zeitlichen Versicherungsschutz ist der Zeitpunkt des Grundereignisses. Rechtsschutz wird gewährt, wenn das Grundereignis nach dem Beginn des Versicherungsvertrages eingetreten ist. Als Grundereignis gilt der Zeitpunkt der Verursachung des Schadens. Mit Beendigung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Grundereignisse.

2.3. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

3. Leistungen

3.1. Versicherte Rechtsschutzfälle

Im Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung sind folgende Rechtsfälle versichert:

Haftpflichtrechtliche Streitigkeiten mit Leistungserbringern

Versichert sind haftungsrechtliche Streitigkeiten gegenüber behördlich zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Dentalhygienikern, Chiropraktikern, Spitälern oder anderen medizinischen Leistungserbringern, die vom Versicherer anerkannt sind und deren Tätigkeit von der Gesundheitsbehörde bewilligt wird.

Andere haftpflichtrechtliche Streitigkeiten

Versichert ist die Geltendmachung von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Gesundheitsschäden gegenüber dem Verursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung (z.B. mit Motorfahrzeughaltern nach Verkehrsunfällen usw.).

Versicherungsrechtliche Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten mit Sozial- und/oder Privatversicherern.

3.2. Nicht versicherte Rechtsschutzfälle

Kein Rechtsschutz wird gewährt:

- in nicht ausdrücklich aufgeführten Fällen
- in Rechtsfällen, die vor dem Beginn dieser Versicherung eingetreten sind
- bei Streitigkeiten der versicherten Person mit der Coop Rechtsschutz beziehungsweise deren Organen sowie Anwälten und Experten, die in einem versicherten Rechtschutzfall tätig sind oder waren
- bei Streitigkeiten der versicherten Person mit der Aquilana Versicherungen

- im Zusammenhang mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen
- bei Streitigkeiten betreffend Rechnungen oder Honorare (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen)
- bei Prämienstreitigkeiten
- im Zusammenhang mit der vorsätzlichen Begehung einer Straftat sowie bei vorsätzlich verursachten Rechtsschutzfällen
- im Zusammenhang mit dem reinen Inkasso von Forderungen sowie bei Fällen im Zusammenhang mit abgetretenen Forderungen
- bei der Abwehr von Schadenersatzforderungen
- in Bagatellfällen mit einem Streitwert unter CHF 500.–
- in Fällen der fürsorglichen Unterbringung gemäss Art. 426ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches

3.3. Versicherte Leistungen

Der Gesundheitsrechtsschutz beinhaltet folgende Leistungen:

- die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen und die Bearbeitung der Rechtsschutzfälle durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz AG
- die Bezahlung bis maximal CHF 300'000.– (ausserhalb Europas CHF 150'000.–) pro Rechtsfall:
 - der Kosten beigezogener Rechtsanwälte
 - der Kosten von Expertisen
 - der zu Lasten der versicherten Person gehenden Verfahrens- und Gerichtskosten
 - der der versicherten Person auferlegten Parteientschädigung an die Gegenpartei

3.4. Nicht versicherte Leistungen

Nicht bezahlt werden namentlich:

- Schadenersatz
- Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist

3.5. Abtretung

Dem Versicherungsnehmer zugesprochene Prozess- und Parteientschädigungen sind im Umfang der erbrachten Leistungen an die Coop Rechtsschutz AG abzutreten.

3.6. Subsidiarität

Es besteht kein Anspruch auf Rechtsschutz, wenn die Leistungen von einem anderen Versicherer erbracht werden müssen.

4. Abwicklung des Rechtsschutzfalles

4.1. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist der Coop Rechtsschutz AG sofort, auf deren Verlangen schriftlich, zu melden. Für Meldung eines Rechtsfalles stehen folgende Kanäle zur Verfügung:

- Per Telefon: +41 62 836 00 00
- Per E-Mail: info@cooprecht.ch

- Per Web-Formular: https://www.cooprecht.ch/de/service#meldung_rechtsschutzfall
- Brieflich: Coop Rechtsschutz AG, Entfelderstrasse 2, 5001 Aarau

4.2. Mitwirkung der versicherten Person

Die versicherte Person hat die notwendigen Auskünfte zu erteilen und jedes Ereignis im Zusammenhang mit dem Rechtsschutzfall sofort zu melden. Ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, sind ohne Verzug weiterzuleiten. Sämtliche Beweismittel sind auf Ersuchen hin auszuhändigen. Die versicherte Person hat die Ermächtigung zu erteilen, in alle fallbezogenen Akten Einsicht zu nehmen, Abmachungen einzugehen und Vergütungen entgegenzunehmen.

Verletzt die versicherte Person ihre Pflichten, so werden die Leistungen gekürzt oder verweigert, es sei denn, die Verletzung ist den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen, oder die versicherte Person weist nach, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Umfang der von der Coop Rechtsschutz AG geschuldeten Leistungen gehabt hat.

4.3. Abwicklung des Schadenfalles

Nach Rücksprache mit der versicherten Person werden die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen ergriffen. Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person einen Anwalt eigener Wahl vorschlagen. Kann dieser Wahl nicht entsprochen werden, hat die versicherte Person die Möglichkeit, drei weitere Anwälte vorzuschlagen, von denen einer akzeptiert werden muss. Die drei von der versicherten Person vorgeschlagenen Anwälte dürfen nicht der gleichen Kanzlei angehören. Vor Beauftragung des Anwaltes sind die Zustimmung sowie eine Kostengutsprache der Coop Rechtsschutz AG einzuholen. Bei Missachtung dieser Bestimmung durch die versicherte Person kann die Coop Rechtsschutz AG ihre Leistungen kürzen. Bestehen für einen Anwaltswechsel, welcher von der versicherten Person ohne Rücksprache mit der Coop Rechtsschutz AG veranlasst wurde, keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstandenen Kosten zu übernehmen.

4.4. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche die Coop Rechtsschutz AG als aussichtslos beurteilt, wird auf das Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien gemeinsam bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach den Bestimmungen über die Schiedsgerichtsbarkeit in der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO). Prozessiert die versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistun-

gen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch die Coop Rechtsschutz AG.

5. Schlussbestimmungen

5.1. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und der Coop Rechtsschutz AG gilt als Gerichtsstand der Wohnort der versicherten Person, sofern sich dieser in der Schweiz befindet oder Aarau als Sitz der Coop Rechtsschutz AG.

5.2. Publikation

Die vorliegenden AVB werden auf der Webseite der Aquilana Versicherungen publiziert.

5.3. Gültigkeit der Versicherungsbedingungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1. Januar 2023 in Kraft.

