



Pflegezusatzversicherungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Kundeninformation gemäss VVG

Kundeninformation

Die nachstehende Kundeninformation gibt einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice, den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, nachstehend CONCORDIA genannt, mit statutarischem Sitz am Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die CONCORDIA ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Versicherung deckt die finanziellen Folgen folgender Risiken:

- Krankheit und/oder
- Unfall und/oder
- Mutterschaft.

Die konkret versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice sowie den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen. Eine Beschreibung der Leistungen der einzelnen Versicherungsprodukte kann der Leistungsübersicht entnommen werden.

Keine Versicherungsdeckung besteht unter anderem für:

- Behandlungen von Krankheiten und Unfällen in Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie mit einer versuchten oder vollendeten Selbsttötung oder Selbstverstümmelung;
- Behandlungen von Übergewicht sowie Kräftigungs- und Zellulartherapien (sowie deren Komplikationen und Spätfolgen);
- künstliche Befruchtung und Sterilitätsbehandlungen (sowie deren Komplikationen und Spätfolgen);
- kosmetische Behandlungen und Geschlechtsumwandlungen (sowie deren Komplikationen und Spätfolgen);
- Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und anderer Versicherungen.

Weitere Ausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie hängt vom Alter und dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken sowie der gewünschten Deckung und Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) ab. Alle Angaben zur Prämie sowie zur Kostenbeteiligung sind im Versicherungsantrag bzw. in der Versicherungspolice sowie in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen enthalten. Kollektivversicherungsverträge können davon abweichende Bestimmungen enthalten.

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres oder – bei Ratenzahlungen – am 1. des jeweiligen Monats fällig. Im Falle von Direktzahlungen der CONCORDIA an die Leistungserbringer (Arzt, Spital, Apotheke usw.) ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Kostenbeteiligungen innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung der CONCORDIA zurückzuerstatten.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **Schadenminderungspflicht:** Die versicherte Person hat bei Krankheit oder Unfall sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten und alles zu unterlassen, was zu einer Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes führen könnte.
- **Meldepflicht:** Die versicherte Person hat den Eintritt in ein Spital unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden.
- **Mitwirkungspflicht:** Die versicherte Person hat der CONCORDIA vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Schwangerschaft) sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die sie behandelnde Medizinalperson (Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der CONCORDIA.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Tag, der im Versicherungsantrag bzw. in der Police aufgeführt ist.

Wie lange dauert der Vertrag?

Der Vertrag ist auf Lebenszeit abgeschlossen, sofern die Police oder die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht eine feste Vertragsdauer enthalten. Die Mindestvertragsdauer eines Vertrages, der auf Lebenszeit abgeschlossen ist, beträgt 1 Jahr, sofern der Versicherungsantrag bzw. die Police nicht eine andere Mindestvertragsdauer vorsieht. Bei Spitalversicherungen mit wählbarer Franchise ist der Wechsel in eine tiefere Franchise erstmals nach einer Versicherungsdauer von 3 Jahren möglich.

Wann endet der Vertrag?

Die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherungsnehmer kann den Vertrag kündigen:

- bei einer auf Lebenszeit abgeschlossenen Versicherung nach Ablauf der Mindestvertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende jedes Kalenderjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft;
- bei einem Vertrag mit fester Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr;
- nach jedem Versicherungsfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, spätestens 14 Tage seit Kenntnis von der Auszahlung durch die CONCORDIA;
- wenn die CONCORDIA die Prämien ändert. Die Kündigung muss in diesem Fall am letzten Tag des Kalenderjahres bei der CONCORDIA eintreffen.

Die CONCORDIA kann den Vertrag kündigen:

- wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht).

Im Übrigen verzichtet die CONCORDIA auf ihr Kündigungsrecht, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen oder in der Versicherungspolice nichts anderes geregelt ist.

Die CONCORDIA kann vom Vertrag zurücktreten:

- wenn die versicherte Person mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und die CONCORDIA darauf verzichtet, die Prämie einzufordern;
- im Falle eines Versicherungsbetrugs.

Der Vertrag erlischt automatisch, wenn die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz oder während mehr als 12 Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland verlegt.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wie bearbeitet die CONCORDIA Daten?

Die CONCORDIA bearbeitet Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die CONCORDIA kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten. Ferner kann die CONCORDIA bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einholen. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.



Pflegezusatzversicherungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

<p>I. Allgemeines</p> <p>Grundlagen 1</p> <p>Versicherer, versicherte Personen 2</p> <p>Antragstellung 3</p> <p>II. Umfang der Versicherungen</p> <p>Gegenstand der Versicherungen 4</p> <p>Aufnahme in die Versicherungen 5</p> <p>Örtlicher Geltungsbereich 6</p> <p>III. Begriffsbestimmungen</p> <p>Männliche und weibliche Form 7</p> <p>Krankheit, Mutterschaft 8</p> <p>Unfall 9</p> <p>Leistungserbringer 10</p> <p>Versicherungsperiode 11</p> <p>IV. Beginn und Ende der Versicherungen</p> <p>Beginn des Versicherungsschutzes 12</p> <p>Vertragsdauer 13</p> <p>Ersatzpolice 14</p> <p>Ende der Versicherungen 15</p> <p>Kündigung 16</p> <p>Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht 17</p> <p>Erlöschen des Leistungsanspruches 18</p> <p>V. Prämien und Kostenbeteiligungen</p> <p>Prämientarif 19</p> <p>Fälligkeit, Prämienzahlung 20</p> <p>Mahnung, Zahlungsverzug 21</p> <p>Rückerstattung der Prämien 22</p> <p>Anpassung des Prämientarifs 23</p> <p>Änderung der Prämienabstufung 24</p> <p>Rückzahlung von Kostenbeteiligungen 25</p> <p>VI. Pflichten und Anspruchsbegründung</p> <p>Pflicht zur ärztlichen Behandlung, Auskunftspflicht 26</p> <p>Meldepflicht bei ambulanter Behandlung 27</p> <p>Meldepflicht bei stationärer Behandlung 28</p> <p>Meldepflicht bei Kuren 29</p> <p>Anspruchsbegründung 30</p> <p>VII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes</p> <p>Ausschlüsse 31</p> <p>Kürzungen 32</p> <p>Leistungen Dritter, Subsidiarität 33</p> <p>Vorleistungen, Regressrecht 34</p>	<p>Art.</p>	<p>VIII. Verschiedenes</p> <p>Zahlungspflicht 35</p> <p>Honorarvereinbarungen und Tarife 36</p> <p>Erfüllungsort und Gerichtsstand 37</p> <p>Mitteilungen 38</p> <p>Besondere Vereinbarungen 39</p> <p>Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung 40</p> <p>Anpassung der Versicherungsbedingungen 41</p> <p>I. Allgemeines</p> <p>1 Grundlagen</p> <p>1.1 Grundlagen des Vertrages bilden:</p> <p>1.1.1 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB), allfällige Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen;</p> <p>1.1.2 die schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer (Antragsteller) und die Versicherten (die zu versichernden Personen) im Antrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgeben.</p> <p>1.2 Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen oder Besonderen Versicherungsbedingungen gehen diesen AVB vor. Insbesondere gelten für Versicherte, welche eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG führen (z.B. HMO, Hausarztmodell), die jeweils anwendbaren Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).</p> <p>1.3 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).</p> <p>2 Versicherer, versicherte Personen</p> <p>2.1 Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, im Folgenden CONCORDIA genannt, Luzern.</p> <p>2.2 Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.</p> <p>3 Antragstellung</p> <p>3.1 Zur Aufnahme in die Versicherung oder bei Versicherungsänderungen ist das dafür vorgesehene Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und dem Versicherer zuzustellen. Das Gleiche gilt</p>
--	-------------	---

für allfällig verlangte ergänzende Angaben. Der Entsch eid kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

- 3.2 Ein neugeborenes Kind kann auf den Tag der Geburt versichert werden, wenn das Antragsformular vor der Geburt beim Versicherer eingetroffen ist.
- 3.3 Hat der Antragsteller oder der Versicherte beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere im Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

II. Umfang der Versicherungen

4 Gegenstand der Versicherungen

- 4.1 Versicherbar sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und zur Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG). Die Leistungen werden im Nachgang zu diesen obligatorischen Versicherungen erbracht.
- 4.2 Einzelheiten zu den verschiedenen Versicherungen sind in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) geregelt.

5 Aufnahme in die Versicherungen

- 5.1 Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherungen ganz abzulehnen.
- 5.2 Kein Vorbehalt wird bei der Aufnahme von Kindern angebracht, wenn der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt wird. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB).

6 Örtlicher Geltungsbereich

- 6.1 Die Versicherungen gelten weltweit.
- 6.2 Leistungen im Ausland werden ausgerichtet, soweit dies in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) vorgesehen ist.
- 6.3 Für Grenzgänger ist ein Grenzkorridor von 20 km ab der Schweizer Landesgrenze der Schweiz gleichgestellt.

III. Begriffsbestimmungen

7 Männliche und weibliche Form

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und weiteren Bestimmungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

8 Krankheit, Mutterschaft

- 8.1 Als Krankheit gilt jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung zurückzuführen ist.
- 8.2 Schwangerschaft und Geburt sind der Krankheit gleichgestellt, sofern die Versicherung der Mutter bei der Niederkunft während mindestens eines Jahres bestanden hat.

9 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche Körperschädigungen entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung.

10 Leistungserbringer

Als Leistungserbringer im Sinne des Vertrages gelten Personen, Anstalten und Einrichtungen, die gemäss Art. 35 ff. KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder gemäss Art. 53 UVG zur Tätigkeit zu Lasten der Unfallversicherung zugelassen sind und die dort aufgestellten Voraussetzungen erfüllen.

11 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

IV. Beginn und Ende der Versicherungen

12 Beginn des Versicherungsschutzes

Die Versicherungen können auf den Ersten eines jeden Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

13 Vertragsdauer

- 13.1 Der Vertrag ist für die auf der Police angegebene feste Vertragsdauer abgeschlossen. Er verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht der Versicherungsnehmer den Vertrag auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat.

13.2 Ist auf der Police keine feste Vertragsdauer vereinbart, werden die Versicherungen auf Lebenszeit des Versicherten abgeschlossen.

14 Ersatzpolice

Wird eine Police ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen, die vertragsgemäss betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen angerechnet.

15 Ende der Versicherungen

15.1 Die Versicherungen erlöschen:

15.1.1 mit dem Tod der versicherten Person;

15.1.2 durch Kündigung;

15.1.3 durch Rücktritt des Versicherungsnehmers oder des Versicherers (Art. 21.2);

15.1.4 durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;

15.1.5 durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anders lautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

15.2 Die besonderen Bestimmungen für entsandte Arbeitnehmer gemäss Art. 4 KVV bleiben vorbehalten.

16 Kündigung

16.1 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungen kündigen:

- bei Verträgen mit fester Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer;

- bei auf Lebenszeit abgeschlossenen Versicherungen nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende jeder Versicherungsperiode. Die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) oder die Police können für einzelne Versicherungen eine längere Mindestvertragsdauer vorsehen;

- bei Anpassung der Prämientarife oder der Kostenbeteiligungsregelungen (Art. 23);

- bei Anpassung der Versicherungsbedingungen (Art. 41);

- nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, spätestens 14 Tage nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat.

16.2 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der Kündigungsfrist beim Versicherer eingegangen ist.

16.3 Der Versicherer verzichtet ausser bei Anzeigepflichtverletzung auf sein Kündigungsrecht, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) oder in der Police nichts anderes geregelt ist.

17 Verzicht auf das gesetzliche Beendigungsrecht

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt eines

versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen, ausser bei Anzeigepflichtverletzung sowie versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

18 Erlöschen des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für frühere oder laufende Krankheits-, Unfall- oder Zahnbehandlungen) erlischt mit dem Ende der Versicherung bzw. dem Ausschluss der entsprechenden Versicherungsdeckung.

V. Prämien und Kostenbeteiligungen

19 Prämientarif

19.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 11) berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.

19.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit, zivilrechtlichem Wohnsitz des Versicherten oder Sitz des Versicherungsnehmers vorsehen. Ändert der Beruf, die Tätigkeit, der zivilrechtliche Wohnsitz des Versicherten oder der Sitz des Versicherungsnehmers, ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich bekannt zu geben. Die Prämien können vom Zeitpunkt der Änderung an angepasst werden.

19.3 Die Prämien werden jährlich dem Prämientarif angepasst, der dem aktuellen Alter des Versicherten entspricht.

20 Fälligkeit, Prämienzahlung

20.1 Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen. Sie ist jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres fällig, bei unterjährigem Beginn der Versicherung mit Zustellung der Rechnung für die entsprechende Restzeit eines Jahres.

20.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.

20.3 Führt der Versicherungsnehmer mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss er einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.

20.4 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlauf des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.

20.5 Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

21 Mahnung, Zahlungsverzug

21.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

- 21.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 21.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
- 21.3 Wird die Prämie vom Versicherer rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer und nach Ablauf der Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

22 Rückerstattung der Prämien

- 22.1 Wird die Versicherung aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsperiode aufgehoben, so erstattet der Versicherer die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Raten nicht mehr ein.
- 22.2 Diese Regelung gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer im Schadenfall den Vertrag vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres kündigt.

23 Anpassung des Prämientarifs

Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen, kann der Versicherer die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat er dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

24 Änderung der Prämienabstufung

- 24.1 Bewirkt eine Änderung der Prämienabstufung nach Alter, Beruf, Tätigkeit, zivilrechtlichem Wohnsitz des Versicherten oder Sitz des Versicherungsnehmers eine Prämienänderung, so kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Änderung die Prämien entsprechend anpassen.
- 24.2 Ein Kündigungsgrund im Sinne von Art. 23 liegt nicht vor, ausser wenn die Prämienänderung wegen einer Änderung der Prämienabstufung nach Alter erfolgt.

25 Rückzahlung von Kostenbeteiligungen

- 25.1 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Franchisen und Selbstbehalte innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung dem Versicherer zurückzuerstatten.
- 25.2 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, gilt Art. 21 sinngemäss.

VI. Pflichten und Anspruchsbegründung

26 Pflicht zur ärztlichen Behandlung, Auskunftspflicht

- 26.1 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Der Versicherte ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.
- 26.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, einzuholen. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat zudem vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Schadenfall sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die Leistungserbringer, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.
- 26.3 Der Versicherte ist auf Anordnung überdies verpflichtet, sich einer Untersuchung durch vom Versicherer beauftragte Ärzte zu unterziehen.

27 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung

Bei ambulanter Behandlung sind die entsprechenden detaillierten Originalrechnungen und -belege nach Abschluss der Behandlung, mindestens aber einmal jährlich einzusenden.

28 Meldepflicht bei stationärer Behandlung

- 28.1 Der Eintritt in ein Spital ist unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden.
- 28.2 Auf Verlangen des Leistungserbringers oder des Versicherten wird bei Eintritt in ein Spital eine Kostensprache ausgestellt.

29 Meldepflicht bei Kuren

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts, einzureichen.

30 Anspruchsbegründung

- 30.1 Werden vom Versicherten Leistungen geltend gemacht, so sind sämtliche ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen von Leistungserbringern im Original einzureichen.

- 30.2 Sind für eine Krankheit oder für Unfallfolgen neben dem Versicherer auch andere Sozial- oder Privatversicherer leistungspflichtig (z.B. Invalidenversicherung, Militärversicherung, andere Kranken- und Unfallversicherungen), so sind zusätzlich zu den erwähnten Unterlagen auch die Abrechnungen dieser Versicherer einzureichen.
- 30.3 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat den Versicherer über Art und Ausmass aller Leistungen zu orientieren, die er bei Krankheit oder Unfall von aus unerlaubter Handlung, Vertrag oder Gesetz leistungspflichtigen Dritten beanspruchen kann oder ausbezahlt erhält.

VII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

31 Ausschlüsse

- 31.1 Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Ausland. Wird der Versicherte jedoch im Land, wo er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten;
 - ausländischer Militärdienst;
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
 - Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen;
 - vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen;
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert;
 - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
 - Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
 - versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.
- 31.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für:
- Zellulärtherapie, Behandlung von Adipositas (Übergewicht), Kräftigungstherapien (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind;
 - künstliche Befruchtung sowie Sterilitätsbehandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);

- kosmetische Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
- Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
- Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und anderer Versicherungen.

32 Kürzungen

Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:

- wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seinen Verpflichtungen und Obliegenheiten nicht nachkommt, es sei denn, er weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist;
- bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten;
- bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

33 Leistungen Dritter, Subsidiarität

- 33.1 Die Leistungen der Pflegezusatzversicherungen werden im Nachgang zu den Leistungen gemäss der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Kranken-, Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung sowie entsprechender ausländischer Versicherungsträger erbracht. Hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen der genannten Sozialversicherungen, werden die Leistungen nur gewährt, wenn der Fall diesen Versicherungsträgern rechtzeitig angemeldet worden ist.
- 33.2 Bestehen privatrechtliche Versicherungsverträge bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern, so werden die Leistungen gesamthaft nur einmal vergütet. In diesem Fall wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer aus der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre, und hierauf die Gesamtsumme dieser Leistungen errechnet. Jeder Versicherer hat nur jenen Teil zu übernehmen, der seinem Anteil der Gesamtsumme entspricht.
- 33.3 Sind für die Folgen von Krankheit und Unfall haftpflichtige Dritte oder deren Haftpflichtversicherer leistungspflichtig, werden Leistungen nur gewährt, wenn diese ihre Leistungen erbracht haben, und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung dieser Leistungen dem Versicherten kein Gewinn erwächst. Vorleistungen gemäss Art. 34 bleiben vorbehalten.
- 33.4 Kürzt oder verweigert ein anderer Versicherer seine Leistungen aus Gründen, welche auch gemäss Art. 32

zu einer Leistungskürzung berechtigen, so wird der durch die Kürzung des anderen Versicherers bedingte Ausfall nicht ersetzt.

34 Vorleistungen, Regressrecht

34.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen entrichten unter der Bedingung, dass der Versicherte seine Rechte gegenüber Dritten bis zur Höhe der erbrachten Vorleistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung des allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegenstehen könnte.

34.2 Keine Leistungspflicht besteht, wenn der Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers mit einem leistungspflichtigen Dritten einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen oder eine Kapitalabfindung vereinbart hat.

VIII. Verschiedenes

35 Zahlungspflicht

Honorarschuldner gegenüber den Leistungserbringern ist grundsätzlich der Versicherte. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte akzeptiert jedoch anders lautende Verträge zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an den Leistungserbringer vorsehen.

36 Honorarvereinbarungen und Tarife

36.1 Honorarvereinbarungen zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife.

36.2 Der Versicherer anerkennt die für die schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife und die üblicherweise verwendeten Privattarife. Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen bleiben vorbehalten.

37 Erfüllungsort und Gerichtsstand

37.1 Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.

37.2 Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand seines schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.

38 Mitteilungen

38.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz der CONCORDIA oder die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.

38.2 Werden die Zusatzversicherungen der CONCORDIA durch einen anderen Versicherer vermittelt, gelten

die ihm zugestellten Mitteilungen und Anzeigen als an die CONCORDIA selbst erfolgt.

38.3 Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

39 Besondere Vereinbarungen

Vereinbarungen ausserhalb dieser Bestimmungen verpflichten den Versicherer nur, wenn sie von seinem Hauptsitz schriftlich bestätigt wurden.

40 Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung

40.1 Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.

40.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

40.3 Vom Versicherten zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

41 Anpassung der Versicherungsbedingungen

41.1 Der Versicherer ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei:

41.1.1 Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;

41.1.2 Entwicklung der modernen Medizin;

41.1.3 Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen (Medikamente, Operationsformen, Diagnose-techniken usw.);

41.1.4 Änderung von Leistungsbestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder dessen Ausführungserlassen.

41.2 Werden die Versicherungsbedingungen aus solchen Gründen angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherten und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die Anpassungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.



Dir vertraue ich

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch