

Allgemeine Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG

AVZ

Die im folgenden Text verwendete männliche Form gilt sinngemäss auch für weibliche Personen.

CAGA04-A2 – Ausgabe 01.01.2022

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Einzelner Versicherungsvertrag nach Produkt und Grundlagen des Versicherungsvertrags	Art. 22	Überversicherung
Art. 2	Zweck der Versicherung	Art. 23	Vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer
Art. 3	Begriffe	Art. 24	Tarife der Leistungserbringer
Art. 3a	Art der Versicherung	Art. 25	Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 4	Örtlicher Geltungsbereich	Art. 26	Festsetzung der Prämien
Art. 4a	Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland	Art. 26a	Rabatte und Boni
Art. 5	Antragsteller, Versicherungsnehmer und versicherte Person	Art. 27	Zahlung der Prämien
Art. 6	Versicherungsantrag	Art. 27a	Mahnung und Betreuung
Art. 7	Medizinische Auskünfte	Art. 28	Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte
Art. 8	Vorbehalte	Art. 29	Änderung des Prämientarifs
Art. 9	Änderung des Versicherungsschutzes	Art. 30	Verrechnung
Art. 10	Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung	Art. 31	Pflichten im Schadenfall
Art. 11	Verletzung der Anzeigepflicht	Art. 32	Auskunftspflicht
Art. 12	Versicherungsperiode	Art. 33	Auskünfte und Kontrollen
Art. 13	Dauer und Auflösung des Versicherungsvertrags	Art. 34	Schadenminderungspflicht
Art. 14	Erlöschen des Versicherungsvertrags	Art. 35	Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug
Art. 15	Umfang und Dauer der Leistungen	Art. 36	Anpassung der Versicherungsbedingungen
Art. 16	Leistungsanspruch	Art. 37	Mitteilungen
Art. 17	Ausrichtung der Leistungen	Art. 38	Verjährung
Art. 18	Leistungsausschlüsse	Art. 39	Besondere Versicherungsbedingungen
Art. 19	Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten	Art. 40	Rahmenvertrag
Art. 20	Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter	Art. 41	Erfüllungsort und Gerichtsstand
Art. 21	Mehrfachversicherung	Art. 42	Datenschutz
		Art. 43	Datenschutz bei personalisierter Beratung und Orientierung

Der Versicherer ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Einzelner Versicherungsvertrag nach Produkt und Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Soweit vertraglich keine Abweichungen vorgesehen sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
2. Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen (AVZ), die Besonderen Bedingungen sowie allfällige besondere Vereinbarungen.

3. Die Versicherungsprodukte richten sich nach den jeweiligen Besonderen Bedingungen. Für jedes Produkt wird ein einzelner, separater Vertrag erstellt.

Art. 2 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung deckt hauptsächlich die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall.
2. Die Besonderen Bedingungen der einzelnen Versicherungsprodukte definieren die versicherten Risiken.

Art. 3 Begriffe

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
2. 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.
Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Unfällen gleichgestellt.
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit.

Art. 3a Art der Versicherung

1. Ausser bei gegenteiliger Bestimmung in den Besonderen Versicherungsbedingungen ist die Deckung der in diesen Allgemeinen Bedingungen geregelten Produkte als Schadenversicherung ausgestaltet.
2. Bei einem als Schadenversicherung ausgestalteten Versicherungsschutz wird der tatsächlich entstandene Schaden bis zur Höhe der versicherten Leistungen bezahlt.
3. Der Versicherungsschutz im Rahmen der Summenversicherung sieht im Schadensfall die Zahlung der in der Police vertraglich vereinbarten Summe vor, unabhängig von dem tatsächlich entstandenen Schaden.

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherung gilt weltweit.
2. Bricht eine Krankheit in der Schweiz aus oder ereignet sich ein Unfall in der Schweiz und lässt sich der Versicherte in anderen Ländern behandeln, werden die Behandlungskosten nur erstattet, wenn der Versicherungsnehmer oder der behandelnde Arzt dem Versicherer vorher einen Antrag stellt und dieser akzeptiert wird.

Art. 4a Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Ausser bei gegenteiliger Bestimmung in den Besonderen Versicherungsbedingungen können die Versicherungsprodukte bei einer Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland während der Vertragsdauer ohne Erhöhung der Versicherungsdeckung beibehalten werden, sofern der Versicherte weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG gemäss dem Personenfreizügigkeitsabkommen EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen untersteht, oder über eine gleichwertige Versicherungsdeckung nach Artikel 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verfügt.
2. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Art. 4a Abs. 1 genannten Kriterien der vorliegenden Bedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Nichterfüllen dieser Pflicht muss der Versicherte dem Versicherer allfällige Leistungen rückerstatten, die ab dem Datum, ab dem die zuvor ge-

nannten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ausgerichtet wurden.

Art. 5 Antragsteller, Versicherungsnehmer und versicherte Person

1. Der Antragsteller ist die Person, die einen Antrag zum Abschluss eines Versicherungsvertrags an den Versicherer übermittelt.
2. Der Versicherungsnehmer ist die Person, die einen Vertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.
3. Als versicherte Person gilt die auf der Versicherungspolice als solche aufgeführte Person.

Art. 6 Versicherungsantrag

1. Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen oder mehrere Versicherungsverträge abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (VVG Art. 1).
2. Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen. Diese Frist ist eingehalten, wenn der Antragsteller den Widerruf dem Versicherer gemäss Art. 37 der AVZ mitteilt oder die Widerrufserklärung am letzten Tag der Widerrufsfrist der Post übergibt.
3. Wird der Antrag vom Versicherer gestellt, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Annahmeerklärung durch den Versicherungsnehmer widerrufen.
4. Für den Versicherungsantrag ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular zu verwenden. Der Antragsteller muss alle Fragen auf dem Versicherungsantrag und im Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgetreu beantworten. Er ist verantwortlich dafür, dass die von einer Drittperson oder einem Vermittler gegebenen Antworten seinen Angaben entsprechen. Die Versicherten müssen Dritte ermächtigen, dem Versicherer alle Unterlagen zu übergeben und alle Auskünfte zu erteilen, die erforderlich sind.
5. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen, Vorbehalte anzubringen oder Prämienzuschläge zu erheben, wenn die Besonderen Bedingungen des Produkts dies vorsehen. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.
6. Die Ablehnung oder der Vorbehalt eines oder mehrerer Produkte des Versicherungsantrags rechtfertigt nicht den Rücktritt von den übrigen vom Versicherer angenommenen Produkten.
7. Die Ablehnung oder der Vorbehalt von Produkten anderer Familienmitglieder des Antragstellers (Ehepartner, Kinder) rechtfertigt nicht den Rücktritt vom eigenen Antrag oder eigenen Vertrag/Verträgen.
8. Der Versicherungsantrag einer nicht handlungsfähigen Person muss von ihrem gesetzlichen Vertreter genehmigt worden sein.

Art. 7 Medizinische Auskünfte

1. Der Versicherer kann auf seine Kosten die Erstellung eines Arztberichts verlangen.
2. Der Versicherer kann auch eine Gesundheitsprüfung des Antragstellers durch einen von ihm bestimmten Arzt veranlassen.

Art. 8 Vorbehalte

1. Bei Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalls leiden, kann der Versicherer Vorbehalte anbringen. Gegenstand eines Vorbehalts sind ebenfalls Krankheiten und Unfälle, an denen der Versicherte zuvor gelitten hat, wenn erfahrungsgemäss Rückfälle möglich sind. Es ist dem Versicherten freigestellt, den angebrachten Vorbehalt anzunehmen oder abzulehnen.
2. Das Leiden, das Gegenstand des Vorbehalts ist, wird dem Versicherten durch eine Einverständniserklärung mitgeteilt. Der Versicherte, der dem Abschluss des Vertrags mit dem Vorbehalt zustimmt, ist verpflichtet, seine Einwilligung zu erteilen. Erfolgt die Einwilligung des Versicherten nicht innerhalb der vom Versicherer gesetzten Frist, kann der Versicherer davon ausgehen, dass der Versicherte auf den Abschluss der Versicherungsdeckung, die Gegenstand des Vorbehalts ist, verzichtet.
3. Der Vorbehalt gilt für die gesamte Vertragsdauer. Der Versicherte kann auf seine Kosten den Nachweis erbringen, dass ein Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, den Vorbehalt beizubehalten oder aufzuheben.

Art. 9 Änderung des Versicherungsschutzes

1. Der Antrag zur Erhöhung des Versicherungsschutzes (z. B. Senkung der Franchise, Erhöhung des Deckungsniveaus oder des versicherten Kapitals) innerhalb des gleichen Produkts ist einem Antrag zum Abschluss eines neuen Vertrags im Sinn der Artikel 6 bis 13 dieser AVZ gleichgestellt.
2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag anzunehmen oder abzulehnen, oder Vorbehalte anzubringen, dies zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen in VVG Art. 1 und AVZ Art. 6. Insbesondere gelten die Vertragsbedingungen wie die Kündigungsfrist und eine eventuelle Karenzzeit (anfänglicher Zeitraum nach Inkrafttreten des Vertrags, in dem der Versicherungsschutz für alle oder bestimmte Leistungen nicht gegeben ist) erneut, und es gibt keine erworbenen Rechte, die aus dem bisherigen Vertrag übernommen werden.
3. Eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes innerhalb desselben Produkts ist erst nach Ablauf der Mindestvertragsdauer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Wird der Antrag auf Herabsetzung des Versicherungsschutzes im Anschluss an eine Prämienhöhung gestellt, ist nur eine einmonatige Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres einzuhalten.

Art. 10 Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme seines Antrags mitgeteilt hat.
2. Die Versicherungsdeckung tritt am in der Versicherungspolice aufgeführten Datum in Kraft.
3. Die in den Besonderen Bedingungen vorgesehenen Karenzzeiten bleiben vorbehalten.

Art. 11 Verletzung der Anzeigepflicht

1. Hat der Versicherungsnehmer beim Beantworten der Fragen eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen (Verletzung der Anzeigepflicht), so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen.
2. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherungsnehmer wirksam.

Art. 12 Versicherungsperiode

1. Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.
2. Wird der Vertrag während des Kalenderjahres abgeschlossen, so erstreckt sich die erste Versicherungsperiode von dem in der Versicherungspolice festgehaltenen Datum des Inkrafttretens bis zum Ende des Kalenderjahres.

Art. 13 Dauer und Auflösung des Versicherungsvertrags

1. Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen der Besonderen Bedingungen.
2. Nach drei Versicherungsperioden kann der Versicherungsnehmer den Vertrag einzeln unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Ausgenommen sind bestimmte Produkte, bei denen die Dauer, nach der der Versicherungsnehmer den Vertrag gemäss den Besonderen Bedingungen kündigen kann, eine andere ist. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG).
3. Der Versicherer kann den Vertrag bei einem Betrug oder dem Versuch dazu kündigen.
4. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung vergütet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 10 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, das betreffende Versicherungsprodukt zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG). Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Kündigungsmeldung an den Versicherer. Letzterer behält sein Recht auf Prämienzahlung für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb des Jahres nach Inkrafttreten der Versicherungs-

deckung kündigt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.

5. Das Recht auf Kündigung infolge Verletzung der Informationspflicht vor Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen erfährt, spätestens aber zwei Jahre nach der Verletzung. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Ablauf gekündigt wird oder endet.
6. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Art. 35b VVG kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer den Vertrag jederzeit kündigen.
7. Der Versicherungsnehmer hat seine Kündigung gemäss Art. 37 dieser AVZ mitzuteilen

Art. 14 Erlöschen des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen:

- a. mit dem Tod des Versicherten
- b. bei Kündigung des Versicherungsvertrags
- c. wenn der Versicherer infolge Zahlungsverzugs des Versicherten vom Vertrag zurücktritt (gemäss VVG Art. 21)
- d. bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, am Ausreisdatum, das der zuständigen Gemeinde oder kantonalen Behörde mitgeteilt wurde, sofern keine andere Vereinbarung im Sinn von Artikel 4a der vorliegenden Versicherungsbedingungen getroffen wurde
- e. wenn der Versicherte mit Wohnsitz im Ausland die in Art. 4a dieser Versicherungsbedingungen festgelegten Bedingungen für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes nicht mehr erfüllt.

Art. 15 Umfang und Dauer der Leistungen

1. Die Leistungen, die der Versicherer in den einzelnen Versicherungsprodukten erbringt, sind in den entsprechenden Besonderen Versicherungsbedingungen geregelt.
2. Ausser bei gegenteiligen Bestimmungen in den Besonderen Versicherungsbedingungen ist der Leistungsumfang bei Unfall identisch mit jenem bei Krankheit.

Art. 16 Leistungsanspruch

1. Der Anspruch auf Leistungen kann nur für Krankheiten oder Unfälle geltend gemacht werden, die sich während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignen.
2. Der Versicherte hat dem Versicherer detaillierte Rechnungen einzureichen.
3. Auf Verlangen des Versicherers hat der Versicherte die Originalrechnung sowie weitere nötige Belege (Arztberichte, Verordnungen, Zahlungsbestätigungen etc.) einzureichen.

Art. 17 Ausrichtung der Leistungen

1. Grundsätzlich sind die Versicherten Honorarschuldner der Leistungserbringer. Sie akzeptieren jedoch die Vereinbarungen zwischen dem Versicherer und den Leistungser-

bringern, die in Abweichung vom Grundsatz eine direkte Vergütung an die Leistungserbringer vorsehen.

2. Der Versicherer zahlt die gedeckten Leistungen nach Erhalt sämtlicher Informationen und Unterlagen, aus denen er sich von der Richtigkeit und Höhe des Anspruchs überzeugen kann.
3. Der Versicherer kann seine Abrechnung nur aufgrund der detaillierten Rechnungen erstellen, auf denen die Behandlungsdaten, die Art der Behandlung, die erbrachten medizinischen Leistungen, der jeder Leistung entsprechende Betrag sowie die Namen, Adressen und Telefonnummern der in- und ausländischen Leistungserbringer aufgeführt sind. Bei Bedarf kann der Versicherer auf Kosten des Versicherten eine Übersetzung der in einer Fremdsprache ausgestellten Unterlagen in eine der Landessprachen verlangen.
4. Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, müssen dem Versicherer eine Auszahlungsadresse in der Schweiz angeben.

Art. 18 Leistungsausschlüsse

1. Keine Versicherungsdeckung besteht:
 - a. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden oder unter Vorbehalt stehen
 - b. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Versicherungsvertrags, selbst wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden. Vorbehalten bleibt eine Pflicht zur Erbringung von periodischen Leistungen gemäss Art. 35c VVG.
 - c. für Zahnbehandlungen, sofern eine Deckung nicht ausdrücklich in den einzelnen Versicherungsprodukten vorgesehen ist
 - d. für die Kosten von unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlungen. Unwirksam heisst, dass die Wirksamkeit der Behandlung nicht nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist. Eine Behandlung ist unzweckmässig, wenn sie kontraindiziert, nicht angemessen oder die medizinische Indikation nicht eindeutig erwiesen ist. Die Behandlung ist unwirtschaftlich, wenn sie durch eine kostengünstigere hätte ersetzt werden können oder sie unnötig ist.
 - e. für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
 - f.
 - für Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig
 - für Verjüngungskuren oder Eingriffe zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - g. für Behandlungen, die aufgrund von Suizid oder vorsätzlicher Selbstverstümmelung und den Versuchen dazu erfolgen
 - h. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden
 - i. für die Folgen von Kriegsereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, überrascht worden und die Krankheit oder der Unfall trete innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein

- j. für Folgen von Unruhen jeglicher Art und die Massnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war
 - k. bei durch Alkoholabhängigkeit bedingten Krankheiten
 - l. für Krankheiten und Unfälle, die auf übermässigen Medikamenten- oder Alkoholkonsum oder auf den Konsum von Betäubungsmitteln (Drogen) zurückzuführen sind
 - m. für Geschlechtsumwandlung, inkl. Behandlungen und Folgen
 - n. bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
2. Ausgeschlossen sind zudem die Krankheiten und Unfälle, die der Versicherte erleidet:
- a. bei ausländischem Militärdienst
 - b. bei Erdbeben
 - c. bei der Ausübung von Verbrechen oder Vergehen oder bei vorsätzlichem Versuch dazu, sowie bei der Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten
 - d. bei Verkehrsunfällen, die auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Vorfalls gemäss Strassenverkehrsgesetz einen schweren Verstoß darstellt
 - e. bei der Teilnahme an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei der Hilfeleistung zugunsten eines Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
 - f. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
 - g. wenn sich der Versicherte an einem Wagnis beteiligt, d. h. an Handlungen, durch die er sich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne dass Vorkehrungen getroffen werden können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 19 Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten

Wenn die Schäden Folge einer groben Fahrlässigkeit des Versicherten sind, wird die Entschädigung des Versicherers im Verhältnis zur Fahrlässigkeit gekürzt.

Art. 20 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, gewährt.
2. Bei einer Mehrfachversicherung gemäss VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem die von ihm versicherte Summe zur Gesamtversicherungssumme steht.
3. Gegenüber einem haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer bei Eintritt des versicherten Ereignisses bis auf die Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche des Versicher-

ten ein. Der Versicherer ist nicht an die Abmachungen zwischen dem Versicherten und den leistungspflichtigen Dritten gebunden.

4. Wird beim Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG geführt, so werden die Leistungen des Vertrags im gleichen Mass ausgerichtet, wie wenn eine solche Deckung bestehen würde.

Art. 21 Mehrfachversicherung

1. Wird dasselbe Interesse gegen dasselbe Risiko und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer versichert, sodass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Mehrfachversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
2. Wenn der Versicherungsnehmer beim Abschluss eines späteren Vertrags keine Kenntnis von der Mehrfachversicherung hat, kann er diesen Vertrag innerhalb von vier Wochen nach der Feststellung der Mehrfachversicherung kündigen.
3. Wenn der Versicherungsnehmer diese Meldung absichtlich unterlässt oder er eine Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen hat, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht an den Vertrag gebunden. Dem Versicherer steht die gesamte vereinbarte Prämie zu.

Art. 22 Überversicherung

1. Die Versicherungsleistungen, die im Rahmen der in diesen Allgemeinen Bedingungen geregelten Produkte erbracht werden, dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherungsnehmers führen.
2. Im Fall einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.
3. Diese Bestimmung ist nicht auf Produkte anwendbar, die unter die Summenversicherung fallen.

Art. 23 Vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer

1. Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Leistungserbringer, die sowohl von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG als auch vom Versicherer anerkannt sind.
2. Andere Leistungserbringer, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG nicht zugelassen sind, können vom Versicherer anerkannt werden.
3. Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Leistungserbringer, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Leistungserbringern gehört.
4. Der Versicherer kann eine Liste der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer führen.
5. Der Versicherer kann den Kreis der in den obenerwähnten Absätzen 1 und 2 genannten Leistungserbringer jederzeit anpassen.
6. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

Art. 24 Tarife der Leistungserbringer

1. Der Versicherer anerkennt die für die eidgenössischen Sozialversicherungen geltenden Tarife sowie die vertraglich anwendbaren Privattarife, denen er beigetreten ist.
2. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.
3. An Honorarvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen ist der Versicherer nicht gebunden.
4. Bei Streitigkeiten über den Leistungstarif überträgt der Versicherte seine Rechte gegen den Leistungserbringer an den Versicherer.

Art. 25 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Die Versicherten dürfen ihre Forderungen gegenüber dem Versicherer ohne dessen Zustimmung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 26 Festsetzung der Prämien

1. Die Prämien werden in einem Tarif pro Versicherungsprodukt festgelegt.
2. Der Tarif kann Prämien vorsehen, die nach Geschlecht, Wohnregion und Altersklasse des Versicherten sowie nach anderen, in den Besonderen Bedingungen festgelegten Kriterien differenziert sind.
3. Die massgeblichen Altersklassen sind grundsätzlich in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt.
4. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie der betroffenen Versicherten.
5. Der Versicherer kann die Abstufung der letzten Altersklasse ändern, wenn demografische oder versicherungstechnische Gründe dies rechtfertigen.
6. Der Versicherer kann die Prämienregionen ändern, wenn eine unterschiedliche Kostenentwicklung innerhalb einer Prämienregion oder zwischen verschiedenen Prämienregionen dies rechtfertigt.
7. Bei einer Prämienerrhöhung aufgrund eines Wechsels der Altersklasse, einer Änderung der Abstufung der letzten Altersklasse oder der Prämienregionen steht dem Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht im Sinn von Art. 29 Abs. 3 dieser AVZ zu.

Art. 26a Rabatte und Boni

1. Der Versicherer kann Rabatte oder Boni gewähren, deren Art auf der Versicherungspolice und/oder in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist.
2. Die Rabattkategorien sind folgende:
 - a. Rabatte, die an einen Rahmenvertrag gebunden sind: Diese sind in Art. 40 der vorliegenden AVZ definiert.
 - b. Kombinationsrabatte: In den Besonderen Bedingungen oder Vertragsbedingungen wird festgelegt, welche Produktkombinationen rabattberechtigt sind. Diese Rabatte können gemäss Art. 29 dieser AVZ geändert werden.
 - c. Rabatte, die sich aus einer zeitlich begrenzten Aktion

ergeben: Der Anspruch auf den Rabatt gilt für den vertraglich festgelegten Zeitraum.

- d. Rabatte für Familien, Kinder und junge Erwachsene: Der Anspruch auf einen Rabatt besteht, solange der Versicherte die Kriterien für die Vergabe erfüllt. Die Besonderen Bedingungen legen die Kriterien für die Vergabe des Rabatts fest. Der Versicherer kann diese Rabatte oder Boni jederzeit mit Wirkung bis spätestens zum Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.
3. Bei einer Kürzung/Streichung von Rabatten oder Boni steht dem Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht im Sinn von Art. 29 Abs. 3 dieser AVZ zu. Es besteht kein Kündigungsrecht, wenn die Vertragsbedingungen für den Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht mehr erfüllt werden, sowie für Rabatte oder Boni, die im Rahmen von zeitlich begrenzten Werbeaktionen gewährt werden.

Art. 27 Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung hin und gegen Zuschlag auch halb- oder vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.
2. Die Fakturierungsperiode der Prämien beträgt mindestens einen Monat, mit Ausnahme des Monats, in dem der Vertrag beginnt oder endet.

Art. 27a Mahnung und Betreibung

1. Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
2. Für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die während der Einstellung der Leistungspflicht bestanden haben oder aufgetreten sind, kann der Versicherte keinen Leistungsanspruch geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.
3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherungsnehmer ein, können Verwaltungskosten gefordert werden.

Art. 28 Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte

1. Wird die Vergütung vom Versicherer direkt an die Leistungserbringer überwiesen, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Jahresfranchise und/oder den Selbstbehalt innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.
2. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, wird Art. 27a analog angewandt.

Art. 29 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämientarif (gemäss Art. 26a) jedes Jahr anpassen, insbesondere aufgrund:
 - der Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder der Schadenbelastung
 - der Anpassung des Umfangs des Versicherungsschutzes gemäss Art. 36 dieser AVZ.
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren.
3. Bei einer Erhöhung der Prämien (siehe Abs. 1 dieses Artikels) hat der Versicherungsnehmer das Recht, seinen von der Erhöhung betroffenen Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Erhöhung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.
4. Bei einer Anpassung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels), steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.
5. Eine Tarifänderung infolge eines Umzugs gilt nicht als Anpassung der Prämie im Sinn der obigen Bestimmungen. Das Kündigungsrecht ist in diesem Fall nicht anwendbar.

Art. 30 Verrechnung

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den Versicherten verrechnen.
2. Den Versicherten steht kein Anspruch auf Verrechnung gegenüber dem Versicherer zu.

Art. 31 Pflichten im Schadenfall

1. Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, muss der Versicherte dem Versicherer alle ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer höchstens innerhalb der in Art. 38 dieser Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Fristen einreichen.
2. Der Versicherer muss innert fünf Tagen über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik informiert werden. Die Meldung hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird.
3. Der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte muss dem Versicherer jeden Unfall unverzüglich melden, spätestens jedoch innerhalb von zehn Tagen nach dessen Eintreten. Er muss alle Informationen geben bezüglich:
 - a. Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
 - b. Arzt oder Spital
 - c. die möglichen haftpflichtigen Personen und entsprechenden Versicherungen
4. Der Anspruchsberechtigte muss dem Versicherer den Tod einer versicherten Person innert 30 Tagen mitteilen, auch wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.
5. Bei einer Verletzung der Pflichten im Schadenfall kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder verweigern. Diese Sanktionen entfallen, wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden der versicherten Person zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen

kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer zu erbringenden Leistungen hat.

Art. 32 Auskunftspflicht

1. Alle Änderungen (Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Wohnsitz, Bank- oder Postkonto, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) sowie Todesfälle sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Im Fall einer Verletzung seiner Pflichten übernimmt der Versicherte die daraus resultierenden Folgen und Kosten.
2. Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder Aufenthaltsort ausserhalb der Schweiz, hat er dies dem Versicherer unverzüglich zu melden und ihm eine Ausreisebestätigung der Wohngemeinde oder des Wohnkantons vorzulegen. Entsprechend löst der Versicherer den Versicherungsvertrag zu dem auf der Bestätigung angegebenen Ausreisedatum auf.
3. Wenn der Versicherte die Ausreise aus der Schweiz nicht oder nicht rechtzeitig meldet, kann der Versicherer seinen Vertrag rückwirkend auf das Ausreisedatum, das der Gemeinde oder der kantonalen Behörde mitgeteilt wurde, kündigen. In diesem Fall werden zu Unrecht erhaltene Leistungen vom Versicherten eingefordert.
4. Vorbehalten bleiben Verträge, die aufgrund der Weiterführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz im Sinn von Art. 4a aufrechterhalten werden.

Art. 33 Auskünfte und Kontrollen

1. Der Versicherte ermächtigt ausdrücklich alle Leistungserbringer, die ihn anlässlich der Krankheit, des Unfalls oder bei anderen Gelegenheiten behandelt haben, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung der Folgen des Schadenfalls benötigt. Zu diesem Zweck entbindet er sie von der beruflichen Schweigepflicht.
2. Wird die Versicherung in Ergänzung zu einem anderen Sozial- oder Privatversicherer abgeschlossen, so hat der Versicherte dem Versicherer die Abrechnung der Leistungen vorzulegen, die ihm von den anderen Versicherungsträgern ausgerichtet wurden.
3. Der Versicherer ist berechtigt, auf seine Kosten von Ärzten oder Fachleuten seiner Wahl Gutachten einzuholen, um den Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit des Versicherten festzulegen. Der Versicherte hat sich diesen medizinischen Gutachten zur Bestimmung der Diagnose und Abklärung des Leistungsanspruchs zu unterziehen.
4. Der Versicherte hat sich jederzeit der Kontrolle durch die Krankenbesucher und Vertrauensärzte des Versicherers zu unterziehen. Er hat den Anordnungen dieser Personen, die auf eine Beschleunigung des Heilungsprozesses abzielen, Folge zu leisten. Weigert sich der Versicherte, sich durch den ärztlichen, vom Versicherer frei bezeichneten Gutachter untersuchen zu lassen, riskiert er die Verweigerung der Leistungen.

Art. 34 Schadenminderungspflicht

1. Der Versicherte hat ab Beginn der Krankheit oder des Unfalls einen diplomierten, zur Berufsausübung zugelassenen Leistungserbringer aufzusuchen und dessen Anordnungen gänzlich zu befolgen. Er hat alles zu unterlassen, was seine Genesung gefährden oder verzögern könnte und den Anweisungen des Leistungserbringers in Bezug auf die bewilligten Ausgangszeiten Folge zu leisten.
Der Versicherer haftet nicht für eine Verschlimmerung der Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls, die auf das verspätete Aufsuchen eines Leistungserbringers oder auf die Nichtbeachtung seiner Anordnungen zurückzuführen sind.
2. Der Versicherte darf den Leistungserbringer nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel).

Art. 35 Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug

1. Bei falschen oder gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu werden keine Leistungen entrichtet.
2. In diesem Fall muss der Versicherte für die Kosten aufkommen, die für die Kontrolle durch den Versicherer sowie die Bearbeitung des Dossiers anfallen.

Art. 36 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen der Produkte anzupassen, insbesondere bei Änderungen in folgenden Bereichen:
 - a. Fortschritte der modernen Medizin
 - b. Einführung von neuen oder kostspieligen Therapieformen wie zum Beispiel Operationstechniken, Medikamente und weitere ähnliche Fälle
 - c. Erweiterung der Anzahl oder Einführung neuer Kategorien von Leistungserbringern
 - d. Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
2. Die neuen Bedingungen sind auf den Versicherungsnehmer und Versicherer anwendbar, wenn diese nach Massgabe von Absatz 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen kein Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

Art. 37 Mitteilungen

1. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers und des Versicherers sind rechtsgültig, wenn sie schriftlich oder über jegliches andere Mittel erfolgen, das den Nachweis durch Text ermöglicht (E-Mail oder vom Versicherer zur Verfügung gestellte Kommunikationsmittel). Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt wer-

den, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind.

3. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.
4. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn ein Versicherter das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann er den Versicherer entsprechend informieren. In diesem Fall ist der Versicherer von jeglicher Haftung für die veröffentlichten Mitteilungen befreit.
Die Mitteilungen können auch auf der Webseite des Versicherers und in einem Dokument erfolgen, das dem jährlichen Versand der Versicherungspolice beigelegt ist.

Art. 38 Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 39 Besondere Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer erlässt für alle Versicherungsprodukte Besondere Bedingungen, welche diese Allgemeinen Bedingungen ergänzen und präzisieren.
2. Allfällige gegenteilige Bestimmungen der Besonderen Bedingungen haben Vorrang gegenüber diesen Allgemeinen Bedingungen.

Art. 40 Rahmenvertrag

1. Für sämtliche Versicherungsprodukte kann der Versicherer mit Vertragspartnern Rahmenverträge über die Mitgliedschaft von Personen abschliessen, die in einem bestimmten Rechtsverhältnis zu diesem Vertragspartner stehen.
2. Der Versicherer kann im Zusammenhang mit einem Rahmenvertrag Rabatte gewähren.
3. Die Bedingungen für die Vergabe und die Aufhebung des Rabatts werden dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags mitgeteilt.
4. Je nach Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder -belastung können die Rabatte gemäss Art. 29 der vorliegenden AVZ geändert werden.
5. Auch eine Anpassung der Rahmenvereinbarung kann zu einer Änderung oder Aufhebung des Rabatts führen, mit Wirkung auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode.
6. Der Anspruch auf den Rabatt erlischt in jedem Fall, wenn der Versicherte aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet oder bei Auflösung des Rahmenvertrags.
7. Bei einer Herabsetzung oder Aufhebung des Rabatts hat der Versicherungsnehmer das Recht, den betreffenden Vertrag mit Wirkung auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Police oder der Mitteilung über die Anpassung zu kündigen.

Art. 41 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Unter Vorbehalt besonderer gegenteiliger Bestimmungen sind die Verpflichtungen aus diesem Vertrag in der Schweiz

- und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Auswahl; die internationalen Vereinbarungen bleiben jedoch vorbehalten.

Art. 42 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Die Groupe Mutuel Services AG bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder der mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend die betroffenen Personen) im Auftrag Ihres Versicherers Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG).

Als persönliche Daten gelten Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, welche die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihre Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Dienstleistungen; von Dritten oder anderen Dienstleistern erhaltene Daten oder Personendaten aus öffentlichen Quellen, sofern dies zulässig ist.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem Bundesgesetz über den Datenschutz), dem zwischen der Groupe Mutuel und den betroffenen Personen abgeschlossenen Vertrag sowie dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen.

Zweckbestimmung

Die Personendaten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, Anträge im Rahmen der Rechte natürlicher Personen zu bearbeiten, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug,

Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, austauschen und gemeinsam nutzen (siehe unten). Die Pflichten und Verantwortlichkeiten der Parteien bei einem solchen Datenaustausch sind entweder vertraglich oder gesetzlich geregelt.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Erstellung von Nutzerprofilen

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen. Die Modalitäten der Profilerstellung sind in der entsprechenden Datenschutzrichtlinie präzisiert. Für die oben genannten Zwecke können weitere Arten der Profilerstellung eingesetzt werden.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter folgender Adresse kontaktiert werden kann: dataprotection@groupemutuel.ch.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 43 Datenschutz bei personalisierter Beratung und Orientierung

1. Der Versicherer kann ab Beginn des Versicherungsvertrags demografische, vertragliche und medizinische Informationen über die versicherte Person zu folgenden Zwecken erheben und verwenden:
 - für Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung
 - für Beratungen bezüglich Fragen über die Gesundheit
 - um Leistungserbringer zu empfehlen, die für die Behandlung des Gesundheitsproblems der versicherten Person geeignet sind
 - für gezieltes Unterbreiten von Angeboten für Produkte oder Dienstleistungen, die die Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfüllen.
2. Die Daten, die für die Erbringung der in Absatz 1 beschriebenen Dienstleistungen verwendet werden, können aus allen Dossiers der versicherten Person stammen, die bei einer der Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG angelegt wurden (einschliesslich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).
3. Für die Weitergabe von Daten aus Dossiers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einem der oben erwähnten Zwecke holt der Versicherer im Einzelfall die zusätzliche ausdrückliche Zustimmung des Versicherten ein.
4. Der Versicherte kann seine Einwilligung gemäss Art. 42 dieser Versicherungsbedingungen jederzeit widerrufen.