

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Zusatzversicherung Global School

EG

EGGA01-A3 – Ausgabe 01.01.2017

### Inhalt

<b>Art. 1</b>	Grundlagen des Versicherungsvertrags	<b>Art. 13</b>	Tarif der Leistungserbringer
<b>Art. 2</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 14</b>	Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung
<b>Art. 3</b>	Definitionen	<b>Art. 15</b>	Änderung des Prämientarifs
<b>Art. 4</b>	Versicherungsnehmer und versicherte Personen	<b>Art. 16</b>	Pflichten des Versicherungsnehmers
<b>Art. 5</b>	Beginn, Dauer und Ende des Vertrags	<b>Art. 17</b>	Pflichten des Versicherten
<b>Art. 6</b>	Beginn und Ende der Versicherungsdeckung	<b>Art. 18</b>	Schadenminderungspflicht
<b>Art. 7</b>	Örtlicher Geltungsbereich	<b>Art. 19</b>	Anpassung der Versicherungsbedingungen
<b>Art. 8</b>	Versicherte Leistungen	<b>Art. 20</b>	Mitteilungen
<b>Art. 9</b>	Leistungsanspruch und Einschränkungen	<b>Art. 21</b>	Verjährung
<b>Art. 10</b>	Leistungsausschlüsse	<b>Art. 22</b>	Erfüllungsort und anwendbares Recht
<b>Art. 11</b>	Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter	<b>Art. 23</b>	Gerichtsstand
<b>Art. 12</b>	Leistungserbringer		

### Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Der Versicherungsantrag, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen (AVB) sowie die Versicherungspolice und deren Nachträge bilden die Grundlagen des Versicherungsvertrags.
2. Für Fragen, die nicht durch die oben genannten Grundlagen geregelt sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
3. Ausserdem unterliegt der Vertrag dem Datenschutzgesetz (DSG), nach dem sich der Versicherer bei der Datenverarbeitung richtet.

### Art. 2 Zweck der Versicherung

1. Zweck dieser Versicherung ist es, Leistungen bei Krankheit und Unfall in Ergänzung zu folgenden Versicherungen zu erbringen:
  - der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
  - einer der OKP gleichwertigen privaten Versicherungsdeckung für nicht versicherungspflichtige Personen gemäss Art. 2 Abs. 4 KVV (Studierende, Schüler und Praktikanten aus dem Ausland, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten)
2. Die Versicherung Global School umfasst drei Leistungsstufen:
  - Stufe 1
  - Stufe 2
  - Stufe 3

3. Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall. Mutterschaftsleistungen sind von der Versicherung ausgeschlossen.

### Art. 3 Definitionen

1. Als Krankheit gilt 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 verursacht.
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. Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
  - a. Knochenbrüche
  - b. Verrenkungen von Gelenken
  - c. Meniskusrisse
  - d. Muskelrisse
  - e. Muskelzerrungen
  - f. Sehnenrisse
  - g. Bänderläsionen
  - h. Trommelfellverletzungen
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

## Art. 4 Versicherungsnehmer und versicherte Personen

1. Der Versicherungsnehmer ist die juristische Person, die mit dem Versicherer einen Versicherungsvertrag abschliesst, um einer Drittperson Versicherungsschutz zu gewähren.
2. Der Sitz des Versicherungsnehmers muss in der Schweiz sein.
3. Versichert sind alle Personen, die zu einem in der Police genannten Versichertenkreis gehören.

## Art. 5 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme des Antrags mitgeteilt hat.
2. Das Datum des Vertragsbeginns geht aus der Versicherungspolice hervor.
3. Nach Ablauf der in der Police vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens 3 Monate vor Vertragsende gekündigt wird.
4. Um rechtsgültig zu sein, muss die Kündigung spätestens am letzten Tag vor Beginn der Dreimonatsfrist beim Versicherer oder Versicherungsnehmer eintreffen.
5. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne weitere Formalitäten am festgesetzten Ablaufdatum.
6. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschä-

digung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung mit dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.

7. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.
8. Der Versicherer kann den Vertrag bei Nichtbezahlen der Prämien kündigen (Art. 14 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

## Art. 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt am Datum, das in dem vom Versicherungsnehmer dem Versicherten ausgehändigten Versicherungsausweis aufgeführt ist.
2. Der Versicherungsschutz endet am Datum, das in dem vom Versicherungsnehmer dem Versicherten ausgehändigten Versicherungsausweis aufgeführt ist, oder bei Austritt des Versicherten aus dem in der Police definierten Versichertenkreis.
3. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Vertragsende.

## Art. 7 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherung gilt in der Schweiz (siehe Art. 8 Abs. 1).
2. Bei Reisen oder Aufhalten ausserhalb der Schweiz, die nicht länger als 90 aufeinanderfolgende Tage dauern, übernimmt die Versicherung die Kosten der notfallmässigen Behandlungen gemäss Art. 8 Abs. 3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Ein Notfall liegt vor, wenn der Versicherte medizinisch behandelt werden muss und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist.

## Art. 8 Versicherte Leistungen

### 1. In der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Spitalaufenthalt</b>	allgemeine Abteilung	allgemeine Abteilung	halbprivate oder private Abteilung  Die versicherte Variante ist in der Versicherungspolice erwähnt.	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freie Wahl einer Spitaleinrichtung in der Schweiz gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten und Unfällen</li> <li>- Übernahme der laut KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare gemäss der Tarifvereinbarung mit dem Versicherer oder der kantonalen Tarifordnung</li> </ul> <b>Anmerkungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Spitaleinrichtungen müssen im Sinn des KVG anerkannt sein (Listenspitäler) oder für die entsprechenden Abteilungen einen Tarifvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen haben.</li> <li>- Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 180 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.</li> <li>- Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalt mehr ausgerichtet.</li> <li>- Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung wird an die Dauer der Spitalaufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung angerechnet.</li> </ul> <b>Pflichten des Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Versicherte ist verpflichtet, vom Versicherer prüfen zu lassen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.</li> </ul>
<b>Ambulante Behandlungen</b>	100%	100%	100%	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freie Wahl des Behandlungsortes in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG</li> <li>- Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren und dem am Wohnort des Leistungserbringers gültigen Tarif</li> </ul>

	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Details</b>
<b>Limitierte und nicht kassenpflichtige Medikamente</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden</li> </ul> <p><b>Ausschluss</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführte Produkte</li> </ul>
<b>Such-, Rettungs- und Transportkosten</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Transporte bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind</li> </ul> <p><b>Anmerkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.</li> </ul>
<b>Komplementärmedizin</b>	30%, max. CHF 1'000.– alle 3 Jahre	60%, max. CHF 1'000.– alle 3 Jahre	90%, max. CHF 1'000.– alle 3 Jahre	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Punkt 8.2 Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden</li> </ul> <p><b>Anmerkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der für die geplante Therapie anerkannten Therapeuten.</li> <li>– Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>– Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul>
<b>Brillen und Kontaktlinsen</b>	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.</li> </ul>
<b>Zahnärztliche Behandlungen</b>	keine Leistungen	80%, max. Fr. 2'000.–/ Kalenderjahr	80%, max. Fr. 2'000.–/ Kalenderjahr	<p><b>Anmerkungen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden keine Leistungen für dentofaziale Orthopädie (Kieferorthopädie) gedeckt.</li> <li>2. Für alle übrigen zahnärztlichen Behandlungen ist je nach gewählter Leistungsstufe eine Kostenbeteiligung vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden</li> <li>– jährliche prophylaktische Zahnkontrolle</li> <li>– Laborleistungen</li> </ul> </li> <li>3. Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch.</li> <li>4. Unfallbedingte Leistungen für prothetische Massnahmen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden unmittelbar nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt. In allen anderen Fällen werden sie frühestens nach 12 Monaten Mitgliedschaft übernommen.</li> <li>5. Die Leistungen für andere zahnärztliche Behandlungen werden frühestens nach 3 Monaten Mitgliedschaft gewährt, unter Vorbehalt der oben genannten Punkte 2 und 3.</li> <li>6. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten.</li> <li>7. Behandlungen im Ausland werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals im Ausland der schweizerischen Ausbildung entspricht und die Kosten nicht höher sind als für die gleiche Behandlung in der Schweiz.</li> </ol>
<b>Badekuren</b>	keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)</li> <li>– Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem gemäss KVG anerkannten Arzt verordnet werden.</li> </ul> <p><b>Pflichten des Versicherten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mindestens 20 Tage vor Kurbeginn muss dem Versicherer ein Antrag auf Kostenübernahme und eine ärztliche Kurverordnung vorgelegt werden.</li> </ul>

	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Details</b>
<b>Erholungskuren</b>	keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kur-einrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde</li> </ul> <p><b>Anmerkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.</li> <li>- Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>- Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul> <p><b>Pflichten des Versicherten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 20 Tage vor Kurbeginn muss dem Versicherer ein Antrag auf Kostenübernahme und eine ärztliche Kurverordnung vorgelegt werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.</li> </ul>
<b>Haushaltshilfe</b>	50%, max. Fr. 1'500.-/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 1'500.-/ Kalenderjahr	90%, max. Fr. 2'500.-/ Kalenderjahr	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung u. a.).</li> </ul> <p><b>Anmerkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Leistungen erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, über eine Hilflosenentschädigung verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungseinrichtung aufhält.</li> </ul>
<b>Entziehungskuren bei Alkoholabhängigkeit</b>	Fr. 50.-/Tag max. 30 Tage/ Kalenderjahr	Fr. 100.-/Tag max. 30 Tage/ Kalenderjahr	Fr. 100.-/Tag max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beitrag zu den Behandlungs- und Unterkunftskosten bei Kuren mit stationärem Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung für Entziehungskuren Alkoholabhängiger</li> </ul> <p><b>Anmerkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.</li> <li>- Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>- Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul>
<b>Impfungen</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme der Kosten für Impfungen, die in der Schweiz medizinisch vorgeschrieben sind (nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV enthalten), sowie für diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit vor einer Auslandsreise empfohlen werden</li> </ul>
<b>Check-up</b>	90%, max. Fr. 1'000.- alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 1'000.- alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 1'000.- alle 3 Jahre	<p><b>Anmerkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden nur Check-ups übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt durchgeführt werden.</li> </ul>
<b>Zweitmeinung</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenübernahme für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.</li> </ul>
<b>Gesundheitsförderung</b>	50%, max. Fr. 200.-/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.-/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.-/ Kalenderjahr	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenübernahme für Leistungen in einer vom Versicherer anerkannten Einrichtung oder bei einem von ihm anerkannten Leistungserbringer in den Bereichen Rückenschule und Fitness oder Leistungen für Entziehungskuren bei Tabakentwöhnung</li> </ul> <p><b>Anmerkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Versicherer führt eine Liste der für Tabakentwöhnung anerkannten Einrichtungen und Leistungserbringer.</li> <li>- Der Versicherer führt eine Liste mit den Anerkennungskriterien für Fitness und Rückenschule.</li> <li>- Diese Listen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>- Der Versicherer kann die Listen jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> <li>- Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Kostenübernahme Fr. 200.-.</li> </ul>

## 2. Liste der komplementärmedizinischen Therapien

Naturheilverfahren	Manuelle Therapien	Weitere Therapien
Akupunktur Aromatherapie Aurikulotherapie Bioresonanz Biotherapie Farbtherapie Ernährungsberatung Elektroakupunktur Geobiologie Heilkräuter Homöopathie Iridologie Darmspülung Lasertherapie Magnetismus Magnettherapie Moratherapie Naturheilverfahren Sauerstofftherapie Phytotherapie Sympathikotherapie Schröpfen	Akupressur Lymphdrainage Etiopathie Fascialtherapie Haltungstherapie Kinesiologie Massagen Anthroposophische Medizin Mesotherapie Metamorphose Orthobionomie Osteopathie Polarity Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts Reflexologie Reiki Rolfing Shiatsu Trager Autogenes Training	Biodynamik Eurythmie Rebirthing Sophrologie Tomatis-Methode

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Ambulante Behandlungen</b>				<b>Beschreibung</b> – Untersuchungen, Analysen, Radiographien und anerkannte Medikamente
<b>Spitalaufenthalt</b>				<b>Beschreibung</b> – Übernahme der vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare <b>Anmerkung</b> – Die Einrichtungen müssen im Land, in dem die Behandlung stattfindet, von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt sein.
<b>Gesetzliche Kostenbeteiligungen</b>				<b>Beschreibung</b> – Übernahme zu 100% von ausländischen gesetzlichen Kostenbeteiligungen für eine ambulante oder stationäre Behandlung unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, unter Vorbehalt des ausländischen Rechts
<b>Such-, Rettungs- und Transportkosten</b>				<b>Beschreibung</b> – Transporte bis zur nächstgelegenen Spital Einrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern sie medizinisch notwendig sind <b>Anmerkung</b> – Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt.
<b>Besuch eines Familienmitglieds ausserhalb des Herkunftslands des Versicherten</b>				<b>Beschreibung</b> – Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten von über 7 Tagen werden für den Besuch eines Familienmitglieds folgende Kosten übernommen: – nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economyklasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum Spital, in dem der Versicherte behandelt wird – nachgewiesene Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis max. Fr. 250.– pro Tag, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'000.–

Der versicherte Betrag beläuft sich auf maximal Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr.

## 3. Bei Notfällen ausserhalb der Schweiz

- Die oben aufgeführten Versicherungsleistungen gelten weltweit, mit Ausnahme der Schweiz, zusätzlich oder ergänzend zu den Sozialleistungen in der Schweiz oder im Ausland oder zu anderen Privatversicherungen.
- Die versicherten Leistungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen vergüteten Leistungen.
- Die oben aufgeführten Leistungen werden nur übernommen, wenn sie von Personen oder Institutionen mit der von ausländischen sozialen Einrichtungen verlangten Ausbildung, Anerkennung und Erlaubnis durchgeführt werden.
- Zahlung der Leistungen  
Bei ausländischen Behandlungen gilt der offizielle

Währungskurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung als Wechselkurs. Der Versicherer berücksichtigt die im Behandlungsland oder in der Region üblichen geltenden Tarife.

## 4. Groupe Mutuel Assistance

- Örtlicher Geltungsbereich  
Die Leistungen der Groupe Mutuel Assistance werden in der Schweiz gewährt sowie bei Reisen und Aufenthalten ausserhalb der Schweiz, die nicht länger als 90 aufeinanderfolgende Tage dauern.
- Versicherte Leistungen
  - Such-, Rettungs- und Transportkosten
    - Organisation und Übernahme der Kosten von Such- und Rettungskosten gemäss Art. 8 Abs.

1 und 3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, wenn sich der Versicherte nachweisbar in einer Notlage befunden hat, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt

- Organisation und Übernahme der Kosten von Transporten gemäss Art. 8 Abs. 1 und 3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bis zum nächstgelegenen Spital oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind

b. Repatriierung

- Organisation und Kostenübernahme der unter medizinischer Aufsicht vorgenommenen Repatriierung in ein Spital in der Nähe des Aufenthaltsorts des Versicherten in der Schweiz
- Organisation und Kostenübernahme der Repatriierung des Versicherten nach einem Spitalaufenthalt an seinen Wohnort in der Schweiz, ohne medizinische Begleitung

c. Rückführung der sterblichen Überreste

Im Todesfall des Versicherten: Organisation und Übernahme der Kosten des Transports der sterblichen Überreste in einem Linienflugzeug oder einem dafür vorgesehenen Fahrzeug, unter Einhaltung der nationalen Gesetzgebungen oder internationalen Vereinbarungen über den Leichentransport, bis zum Wohnort des verstorbenen Versicherten im Ausland oder in der Schweiz, unter der Voraussetzung, dass die Überführung realisierbar ist und die Familie oder der Vertreter des verstorbenen Versicherten die nötigen Vorkehrungen für die Entgegennahme des Leichnams getroffen hat.

- Für die versicherten Kosten werden Leistungen bis höchstens Fr. 10'000.– ausgerichtet.
- Die Beerdigungskosten sowie weitere Bestattungskosten sind davon ausgeschlossen.
- Ausgeschlossen sind Rückführungen in Regionen, in denen das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) von Reisen abrät oder die von Krieg, Revolution, Aufruhr oder anderen innerpolitischen Unruhen betroffen sind.

d. Vorschuss für Behandlungskosten

Muss die versicherte Person ausserhalb der Schweiz hospitalisiert werden oder sich einer teuren Behandlung unterziehen, kann bei Notwendigkeit über die Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance ein Kostenvorschuss vereinbart werden.

3. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten

In Ergänzung zu Art. 16 und 17 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Eintreten eines Ereignisses, das einen Antrag auf Assistance-Leistungen begründet, unverzüglich die Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance benachrichtigen (Telefonnummer 0848 808 111, aus dem Ausland +41 848 808 111). Über die zu erbringenden Dienstleistungen und die entsprechende Kostenübernahme entscheiden ausschliesslich die Ärzte der Notrufzentrale.

4. Leistungsausschlüsse

In Ergänzung zu Art. 10 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird ohne vorheriges Einverständnis der Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance kein Versicherungsschutz für die in diesem Artikel beschriebenen Leistungen gewährt.

## Art. 9 Leistungsanspruch und Einschränkungen

1. Die Leistungen werden entsprechend den Behandlungsdaten angerechnet.

Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, muss der Versicherte dem Versicherer sämtliche ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer vorlegen. Der Versicherer behält sich das Recht vor, eine überhöhte Rechnung zu reduzieren.

Es ist nicht möglich, gleiche oder ähnliche Leistungen für dieselbe Erkrankung oder denselben Unfall in der Schweiz und im Ausland zu kumulieren.

Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

Wenn eine ärztliche oder komplementärmedizinische Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert ist und keine therapeutische Verbesserung mehr bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Reduktion oder das Ende der Auszahlung von Leistungen. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht gedeckten Kosten, sofern die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden.

Diese Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den Zusatzversicherungen dienen. Sie deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

2. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung und/oder des Unfalls erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.

Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 180 Tage begrenzt.

Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalt mehr ausgerichtet.

Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung wird an die Dauer der Spitalaufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung angerechnet.

3. Leistungen für dentofaziale Orthopädie (Kieferorthopädie) sind von der Versicherung ausgeschlossen.

Unfallbedingte Zahnpflegeleistungen für prothetische Mass-

nahmen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden unmittelbar nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt. In allen anderen Fällen werden sie frühestens nach 12 Monaten Mitgliedschaft übernommen.

Für alle anderen Zahnbehandlungen werden die Versicherungsleistungen frühestens nach 3 Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet.

Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten.

4. Bei verspäteter Schadenmeldung behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern. Diese Sanktion ist nicht anwendbar bei unverschuldeter Verletzung der Meldepflicht im Sinn von Art. 45 VVG. In einem solchen Fall ist der Schadenfall unmittelbar nach Beseitigung des Hindernisses zu melden.
5. Der Versicherer haftet nicht für die Verschlimmerung der Folgen einer Krankheit und/oder eines Unfalls, welche auf die verspätete Konsultation eines Therapeuten oder die Nichtbeachtung dessen Verordnungen zurückzuführen ist.

## Art. 10 Leistungsausschlüsse

1. Es besteht kein Versicherungsschutz:
  - a. für Erkrankungen, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Vertrags und nach dem Austritt aus dem Versichertenkreis, selbst wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht worden sind
  - b. für Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig; für Verjüngungskuren und Behandlungen mit Gewerbe- oder Zellimplantaten
  - c. bei Selbstmord oder vorsätzlicher Selbstverstümmelung und dem Versuch dazu
  - d. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden
  - e. für die Kosten von unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlungen. Unwirksam heisst, dass die Wirksamkeit 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 wenn sie unnötig ist.
  - f. für die Folgen von Kriegsereignissen:
    - in der Schweiz
    - im Ausland, es sei denn, der Versicherte ist von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, überrascht worden und der Unfall oder die Krankheit tritt innert 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein
  - g. für die Folgen von Unruhen jeglicher Art und die Massnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherte beweist, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war
  - h. bei durch Alkoholabhängigkeit bedingten Erkrankungen
  - i. bei durch Medikamenten- oder Drogensucht oder andere Suchtprobleme bedingten Erkrankungen oder Unfällen

- j. für Geschlechtsumwandlung, inkl. Behandlungen und Folgen
  - k. bei Organtransplantationen
  - l. bei Einreichen von falschen oder gefälschten Rechnungen sowie bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu
  - m. bei verschuldeter Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten gemäss Art. 16 und 17 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Bestimmungen in Artikel 45 VVG sind anwendbar, wenn die Pflichtverletzung angesichts der Umstände nicht auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers oder Versicherten zurückzuführen ist. In einem solchen Fall muss die versäumte Handlung unmittelbar nach Beseitigung des Hindernisses nachgeholt werden.
2. Ausgeschlossen sind zudem Erkrankungen und Unfälle des Versicherten:
    - a. bei Militärdienst im Ausland
    - b. bei Erdbeben
    - c. bei der Ausübung eines vorsätzlichen Verbrechens, Vergehens oder dem Versuch dazu, sowie bei Beteiligung an Kriegs- oder Terrorakten
    - d. bei Beteiligung an Schlägereien und Raufereien, es sei denn, der Versicherte wird als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt
    - e. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
    - f. bei Beteiligung an Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

## Art. 11 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherer oder haftpflichtiger Drittpersonen gewährt. Verfügt der Versicherte über eine doppelte Privatversicherung, werden die Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen subsidiär zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet, ausser wenn die Versicherungsbedingungen des anderen Versicherers ebenfalls eine Subsidiaritätsklausel beinhalten. In diesem Fall gelten die Regeln der Doppelversicherung:
  - Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer versichert, sodass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Doppelversicherung), ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies allen Versicherern unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
  - Wenn der Versicherungsnehmer diese Meldung absichtlich unterlässt oder er die Doppelversicherung mit der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, abgeschlossen hat, ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden.
  - Jedem Versicherer steht die gesamte vereinbarte Prämie zu.

2. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Eintretens des versicherten Ereignisses bis zur Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein. Der Versicherte ist nicht an Vereinbarungen zwischen dem Versicherten und ersatzpflichtigen Drittpersonen gebunden.

## **Art. 12 Leistungserbringer**

Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Leistungserbringer, die von der Gesetzgebung über die Krankenversicherung oder vom Versicherer anerkannt sind.

## **Art. 13 Tarif der Leistungserbringer**

1. Der Versicherer anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife sowie private Tarife gemäss den vertraglichen Vereinbarungen oder den gebräuchlichen Normen.
2. Leistungsanspruch besteht nur zum Tarif, welcher der Versicherer für den betroffenen Leistungserbringer anerkennt.
3. Vereinbarungen über Honorare zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich.

## **Art. 14 14 Vorauszahlungsprämie und definitive Prämienabrechnung**

1. Zu Beginn jeder Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die provisorisch festgesetzte Prämie (Vorauszahlungsprämie) zu bezahlen, die der mutmasslich endgültigen entspricht. Die Versicherungsperiode ist in der Police festgehalten.

Wurden Ratenzahlungen vereinbart, sind die im Lauf des Versicherungsjahres fälligen Raten geschuldet.

2. Jeweils nach Ablauf einer Versicherungsperiode oder nach Kündigung des Vertrags wird eine definitive Prämienabrechnung erstellt. Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer das entsprechende Formular mit den notwendigen Angaben zur Erstellung der definitiven Prämienabrechnung zur Verfügung stellen.

Falls die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach Versand eingereicht werden, fordert der Versicherer den Versicherungsnehmer auf, dies innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung nachzuholen.

Bleibt die Aufforderung wirkungslos, nimmt der Versicherer selbst eine Schätzung vor, indem er die Jahresprämie des Vorjahres nach seinem Ermessen prozentual erhöht.

Die Nachzahlung oder die Rückerstattung der Prämie muss innert 30 Tagen nach Versand der Schlussabrechnung erfolgen. Sendet der Versicherungsnehmer das Formular nicht fristgerecht zurück, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag sofort aufzulösen.

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer den Betrag einer möglichen Nachzahlung mit, die innert einem Monat zu bezahlen ist.

Der zu viel bezahlte Betrag wird als Anzahlung mit der provisorischen Prämie der nächsten Versicherungsperiode verrechnet oder auf Wunsch dem Versicherungsnehmer rückerstattet.

Beläuft sich die Nachzahlung oder der Überschuss auf einen Betrag unter Fr. 20.–, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.

3. Übersteigt die Nach- oder Rückzahlung den Betrag von Fr. 500.–, kann der Versicherer die Vorauszahlungsprämie für die folgende Versicherungsperiode entsprechend anpassen.

## **Art. 15 Änderung des Prämientarifs**

1. Der Versicherer kann den Prämientarif entsprechend der Kosten- und Schadenentwicklung sowie der gesetzlichen Änderungen anpassen.
2. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbestimmungen mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode bekannt. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Tarifänderung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen.
3. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Vertragsänderungen.

## **Art. 16 Pflichten des Versicherungsnehmers**

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des vorliegenden Vertrags sowie über Änderungen und Kündigung des Vertrags zu informieren. Dazu gibt ihm der Versicherer das Dokument «Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)» ab.
2. Der Versicherer muss innert 5 Tagen über den Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Klinik informiert werden. Wird eine Kostengutsprache verlangt, muss die Meldung vor dem Eintritt erfolgen.
3. Bei einem Unfall hat der Versicherungsnehmer den Versicherer so rasch wie möglich, jedoch spätestens 10 Tage nach dem Unfall zu informieren. Er muss Folgendes angeben:
  - a. Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
  - b. Name des Arztes oder des Spitals
  - c. allfällige Haftpflichtige und beteiligte Versicherer

## **Art. 17 Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, sämtliche nötigen Belege vorzulegen (Originalrechnungen oder digitale Rechnungen, ärztliche Zeugnisse, Verordnungen usw.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen.
2. Der Versicherte ist verpflichtet, vom Versicherer prüfen zu lassen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
3. Vor jeder komplementärmedizinischen Behandlung ist der Versicherte verpflichtet zu prüfen, ob der Therapeut, von dem er sich behandeln lassen wird, für die vorgesehene Therapie vom Versicherer anerkannt ist.
4. Mindestens 20 Tage vor dem Beginn einer Bade- oder Erholungskur muss dem Versicherer ein Gesuch für die Kostenübernahme und eine ärztliche Kurverordnung vorgelegt werden.
5. Der Versicherte muss vorgängig vom Versicherer prüfen lassen, ob die Leistungserbringer für Gesundheitsfördermassnahmen (Rückenschule, Fitness, Tabakentwöhnung)



vom Versicherer anerkannt sind.

6. Der Versicherte ermächtigt ausdrücklich alle Medizinalpersonen, die ihn behandelt haben, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die Letzterer für die Beurteilung des Schadenfalls benötigt. Zu diesem Zweck entbindet er sie von der beruflichen Schweigepflicht.
7. Der Versicherer ist berechtigt, auf seine Kosten von Ärzten oder Spezialisten seiner Wahl Gutachten einzuholen, um den Gesundheitszustand des Versicherten einzuschätzen. Der Versicherte hat sich den medizinischen Untersuchungen zur Bestimmung der Diagnose und Abklärung des Leistungsanspruchs zu unterziehen.
8. Notfälle im Ausland sind der Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance unverzüglich zu melden (Telefonnummer +41 848 808 111).

### **Art. 18 Schadenminderungspflicht**

1. Der Versicherte hat ab Beginn einer Erkrankung und/oder eines Unfalls einen zugelassenen diplomierten Therapeuten zu konsultieren und seinen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles vermeiden, was seiner Genesung schaden oder seine Krankheit verlängern könnte, und die Anweisungen des Therapeuten bezüglich der zugelassenen Ausgangszeiten befolgen.
2. Der Versicherte darf den Therapeuten nicht dazu verleiten, unnötige und unwirtschaftliche Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, Medizintourismus).

### **Art. 19 Anpassung der Versicherungsbedingungen**

1. Der Versicherer ist berechtigt, die vorliegenden Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei grundlegenden Änderungen wie:
  - a. Fortschritte der modernen Medizin
  - b. Anwendung neuer und kostenintensiver Therapieformen, beispielsweise Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches
  - c. erweiterte Anzahl oder Niederlassung neuartiger Leistungserbringer
  - d. gesetzliche Änderungen und Entwicklungen
2. Die neuen Bedingungen sind anwendbar auf den Versicherungsnehmer, wenn sie gemäss Absatz 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die Anpassungen schriftlich mit. **Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Erhält der Versicherer innerhalb von 25 Tagen (Poststempel) nach dem Versand der Bekanntgabe keine schriftliche Kündigung, gelten die neuen Bestimmungen als angenommen.**

### **Art. 20 Mitteilungen**

1. Alle Mitteilungen sind an den Hauptsitz des Versicherers oder an eine der offiziellen Agenturen zu richten. Der Versicherer stellt ein Adressverzeichnis der Agenturen zur Verfügung.

2. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer angegebene Adresse.

### **Art. 21 Verjährung**

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren 2 Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

### **Art. 22 Erfüllungsort und anwendbares Recht**

1. Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.
2. Das Schweizer Recht ist anwendbar.

### **Art. 23 Gerichtsstand**

1. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz, dem Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts in der Schweiz oder dem Sitz des Versicherers zur Verfügung.
2. Wohnt der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte im Ausland, ist der Sitz des Versicherers alleiniger Gerichtsstand.