

Allgemeine Versicherungsbedingungen Pflegezusatzversicherungen

AVZ PA

AVZPA-A4 – Ausgabe 01.10.2003

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1** Grundlagen
Art. 2 Versicherer, versicherte Personen
Art. 3 Antragstellung

B. Umfang der Versicherungen

- Art. 4** Gegenstand der Versicherungen
Art. 5 Aufnahme in die Versicherungen
Art. 6 Örtlicher Geltungsbereich

C. Begriffsbestimmungen

- Art. 7** Männliche und weibliche Form
Art. 8 Krankheit, Mutterschaft
Art. 9 Unfall
Art. 10 Leistungserbringer
Art. 11 Versicherungsperiode

D. Beginn und Ende der Versicherungen

- Art. 12** Beginn des Versicherungsschutzes
Art. 13 Vertragsdauer
Art. 14 Ersatzpolice
Art. 15 Ende der Versicherungen
Art. 16 Kündigung
Art. 17 Verzicht auf das gesetzliche Rücktrittsrecht
Art. 18 Erlöschen des Leistungsanspruches

E. Prämien und Kostenbeteiligungen

- Art. 19** Prämientarif
Art. 20 Fälligkeit, Prämienzahlung
Art. 21 Mahnung, Zahlungsverzug

- Art. 22** Rückerstattung der Prämien
Art. 23 Anpassung des Prämientarifs
Art. 24 Änderung der Prämienabstufung
Art. 25 Rückzahlung von Kostenbeteiligungen

F. Pflichten und Anspruchsbeurteilung

- Art. 26** Pflicht zur ärztlichen Behandlung, Auskunftspflicht
Art. 27 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung
Art. 28 Meldepflicht bei stationärer Behandlung
Art. 29 Meldepflicht bei Kuren
Art. 30 Anspruchsbeurteilung

G. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- Art. 31** Ausschlüsse
Art. 32 Kürzungen
Art. 33 Leistungen Dritter, Subsidiarität
Art. 34 Vorleistungen

H. Verschiedenes

- Art. 35** Zahlungspflicht
Art. 36 Honorarvereinbarungen und Tarife
Art. 37 Erfüllungsort und Gerichtsstand
Art. 38 Mitteilungen
Art. 39 Besondere Vereinbarungen
Art. 40 Abtretung
Art. 41 Anpassung der Versicherungsbedingungen

A. Allgemeines

Art. 1 Grundlagen

- Grundlagen des Vertrages bilden:
 - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen, allfällige Besondere Versicherungsbedingungen, sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen;
 - 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.
- Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen oder Besonderen Versicherungsbedingungen gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor. Insbesondere gelten für Versicherte, welche eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 62 KVG führen (z. B. HMO, Hausarztmodell) die jeweils anwendbaren Besonderen Versicherungsbedingungen.
- Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

Art. 2 Versicherer, versicherte Personen

1. Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist die Groupe Mutuel Assurances GMA SA, Martigny.
2. Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

Art. 3 Antragstellung

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 für allfällige verlangte ergänzende Angaben. Der Entscheid kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.
2. Ein neugeborenes Kind kann auf den Tag der Geburt versichert werden, wenn das Antragsformular vor der Geburt beim Versicherer eingetroffen ist.
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, kann der Versicherer innert vier Wochen, seit er davon Kenntnis hat, von der Versicherung zurücktreten.

B. Umfang der Versicherungen

Art. 4 Gegenstand der Versicherungen

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.
2. Einzelheiten zu den verschiedenen Versicherungen sind in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen geregelt.

Art. 5 Aufnahme in die Versicherungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherungen ganz abzulehnen.
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.

Art. 6 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherungen gelten weltweit.
2. Leistungen im Ausland werden ausgerichtet, soweit dies in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen vorgesehen ist.
3. Für Grenzgänger ist ein Grenzkorridor von 20 Kilometer ab der Schweizer Landesgrenze der Schweiz gleichgestellt.

C. Begriffsbestimmungen

Art. 7 Männliche und weibliche Form

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

Art. 8 Krankheit, Mutterschaft

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 (UVG) zurückzuführen ist.
2. Schwangerschaft und Geburt sind der Krankheit gleichgestellt, sofern die Versicherung der Mutter bei der Niederkunft während mindestens eines Jahres bestanden hat.

Art. 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 (UVG).

Art. 10 Leistungserbringer

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

Art. 11 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

D. Beginn und Ende der Versicherungen

Art. 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.

Art. 13 Vertragsdauer

1. Ist eine feste Vertragsdauer vereinbart, erneuern sich die Versicherungen nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen oder in der Police nichts anderes geregelt ist.
2. Ist weder in der Police noch in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen eine feste Vertragsdauer vereinbart, werden die Versicherungen auf Lebenszeit des Versicherten abgeschlossen.

Art. 14 Ersatzpolice

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

Art. 15 Ende der Versicherungen

1. Die Versicherungen erlöschen:
 - a. mit dem Tod der versicherten Person;
 - b. durch Kündigung;
 - c. durch Rücktritt des Versicherungsnehmers oder des Versicherers (Art. 21, Abs. 2);
 - d. durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;
 - e. durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern nicht ausdrücklich eine anderslautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.
2. Die besonderen Bestimmungen für entsandte Arbeitnehmer gemäss Artikel 4 KVV bleiben vorbehalten.

Art. 16 Kündigung

1. Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungen kündigen:
 - nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr. Die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen können für einzelne Versicherungen eine längere Mindestvertragsdauer vorsehen. Die Kündigung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende jeder Versicherungsperiode erklärt werden;
 - bei Anpassung der Prämientarife oder der Kostenbeteiligungsregelungen (Art. 23);
 - bei Anpassung der Versicherungsbedingungen (Art. 41).

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.
3. Der Versicherer verzichtet auf sein Kündigungsrecht, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen oder in der Police nichts anderes geregelt ist.

Art. 17 Verzicht auf das gesetzliche Rücktrittsrecht

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.

Art. 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.

E. Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 19 Prämientarif

1. Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 11) berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.
2. Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz vorsehen. Ändert der Beruf, die Tätigkeit oder der zivilrechtliche Wohnsitz des Versicherten, ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich bekanntzugeben. Die Prämien können vom Zeitpunkt der Änderung an angepasst werden.
3. Die Prämien werden jährlich dem Prämientarif angepasst, der dem aktuellen Alter des Versicherten entspricht.

Art. 20 Fälligkeit, Prämienzahlung

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.
2. Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im voraus zu bezahlen.
3. Führt der Versicherungsnehmer mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss er einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.
4. Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlaufe des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
5. Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

Art. 21 Mahnung, Zahlungsverzug

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.
2. Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Absatz 1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
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.

Art. 22 Rückerstattung der Prämien

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.
2. Diese Regelung gilt nicht, wenn:
 - ein Rücktritt im Schadenfall erfolgt ist;
 - der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte seine Obliegenheiten verletzt hat;
 - die Versicherung im Zeitpunkt des Erlöschens weniger als ein Jahr in Kraft war und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers aufgehoben wurde.

Art. 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 bekanntzugeben. 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.

Art. 24 Änderung der Prämienabstufung

1. Bewirkt eine Änderung der Prämienabstufung nach Alter, Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz des Versicherten eine Prämienänderung, so kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Änderung die Prämien entsprechend anpassen.
2. Ein Kündigungsgrund im Sinne von Artikel 23 für eine Änderung der Prämienabstufung nach Beruf, Tätigkeit oder zivilrechtlichem Wohnsitz des Versicherten liegt nicht vor.

Art. 25 Rückzahlung von Kostenbeteiligungen

1. Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Franchisen und Selbstbehalte innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung dem Versicherer rückzuerstatten.
2. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, gilt Artikel 21 sinngemäss.

F. Pflichten und Anspruchs begründung

Art. 26 Pflicht zur ärztlichen Behandlung, Auskunftspflicht

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.
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.
3. Der Versicherte ist auf Anordnung überdies verpflichtet, sich einer Untersuchung durch vom Versicherer beauftragte Ärzte (Vertrauensärzte) zu unterziehen.

Art. 27 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung

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

Art. 28 Meldepflicht bei stationärer Behandlung

1. Der Eintritt in ein Spital ist unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden.
2. Auf Verlangen des Versicherten wird bei Eintritt in ein Spital eine Kostengutsprache ausgestellt.

Art. 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.

Art. 30 Anspruchsbegründung

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

G. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Art. 31 Ausschlüsse

1. Krankheiten und Unfälle, 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.
2. Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für:
 - Zellulärtherapie, Abmagerungskuren, Kräftigungstherapien;
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind;
 - Schwangerschaftsabbruch, künstliche Befruchtung sowie Sterilitätsbehandlungen;
 - kosmetische Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
 - Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen);
 - Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und anderer Versicherungen.

Art. 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.

Art. 33 Leistungen Dritter, Subsidiarität

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 Versicherungs-träger erbracht. Hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen der genannten Sozialversicherungen, werden die Leistungen nur gewährt, wenn der Fall diesen Versicherungsträgern rechtzeitig angemeldet worden ist.
2. Bestehen privatrechtliche Versicherungsverträge bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern, so werden die Leistungen gesamthaft nur einmal vergütet. In diesem Fall wird ermittelt, wieviel jeder Versicherer aus der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre, und hier-auf die Gesamtsumme dieser Leistungen errechnet. Von dieser Summe hat jeder Versicherer nur jenen Teil zu übernehmen, der seinem Anteil der Gesamtsumme entspricht.

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 Artikel 34 bleiben vorbehalten.
4. Kürzt oder verweigert ein anderer Versicherer seine Leistungen aus Gründen, welche auch gemäss Artikel 32 zu einer Leistungskürzung berechtigen, so wird der durch die Kürzung des anderen Versicherers bedingte Ausfall nicht ersetzt.

Art. 34 Vorleistungen, Regressrecht

1. Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen erteilen 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.
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.

H. Verschiedenes

Art. 35 Zahlungspflicht

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

Art. 36 Honorarvereinbarungen und Tarife

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

Art. 37 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Auswahl.

Art. 38 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Verwaltungssitz der Groupe Mutuel Assurances GMA SA oder an eine ihre offiziellen Geschäftsstellen zu richten.
2. Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 39 Besondere Vereinbarungen

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

Art. 40 Abtretung

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

Art. 41 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei:
 - a. Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;
 - b. Entwicklung der modernen Medizin;
 - c. Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen (Medikamente, Operationsformen, Diagnose-techniken usw.);
 - d. Änderung von Leistungsbestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder dessen Ausführungserlassen.
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.