



**Krankenkasse
Luzerner
Hinterland**

Luzernstrasse 19 | Postfach 162 | 6144 Zell LU
Telefon 041 989 70 00 | Telefax 041 989 70 01
info@kklh.ch | www.kklh.ch

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDIN- GUNGEN

(AVB)

***FÜR DIE ZUSATZVERSICHERUNGEN
GEMÄSS VVG***

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

(AVB - VVG)

AUSGABE 2014

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Grundsatz
- 1.2. Gegenstand der Versicherung
- 1.3. Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 1.4. Anwendbares Recht

2. Versicherungsabteilungen

- 2.1. Versicherungsmöglichkeiten
- 2.2. Änderung der Versicherungsabteilungen
- 2.3. Versicherungskombinationen
- 2.4. Gewählte Versicherungsabteilungen

3. Versicherte Personen

4. Beginn und Dauer der Versicherung

- 4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss
 - 4.1.1. Antrag
 - 4.1.2. Auskunftspflicht
 - 4.1.3. Unterlagen, Dokumente
 - 4.1.4. Widerrufsrecht
- 4.2. Beginn der Versicherung
- 4.3. Dauer der Versicherung
 - 4.3.1. Im Allgemeinen
 - 4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
 - 4.3.3. Verlängerung der Versicherung
- 4.4. Änderung der Versicherung
 - 4.4.1. Änderung durch den/die Versicherungsnehmer(in)
 - 4.4.2. Änderung durch die Kasse

5. Beendigung der Versicherung

- 5.1. Kündigung durch den/die Versicherungsnehmer(in)
 - 5.1.1. Ordentliche Kündigung
 - 5.1.2. Kündigung im Schadenfall
- 5.2. Übrige Beendigungsgründe

6. Leistungen

- 6.1. Begriffsdefinition
 - 6.1.1. Krankheit
 - 6.1.2. Unfall
 - 6.1.3. Mutterschaft
- 6.2. Leistungsbereich
 - 6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich
 - 6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich
- 6.3. Versicherte Leistungen
 - 6.3.1. Leistungsumfang
 - 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
 - 6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
- 6.4. Leistungsbeschränkungen
 - 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
 - 6.4.2. Leistungsausschluss

6.4.3. Leistungseinschränkungen

7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall

7.1. Meldepflicht

7.2. Schadenminderung

7.3. Auskunftspflicht

8. Prämien und Zahlungen

8.1. Prämienfestsetzung

8.1.1. Im Allgemeinen

8.1.2. Prämienhöhe

8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

8.3. Prämienzahlung

8.3.1. Fälligkeit

8.3.2. Zahlungsverzug

8.4. Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.4.1. Verrechnung

8.4.2. Verpfändung und Abtretung

8.4.3. Leistungsauszahlung

9. Leistungen Dritter

9.1. Subsidiarität

9.1.1. Im Allgemeinen

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

9.1.3. Mehrfachversicherung

9.1.4. Leistungsverzicht

9.2. Sozialversicherungen

9.3. Vorleistungen und Regress

9.4. Überversicherung

10. Mitteilungen

11. Gerichtsstand

12. Inkraftsetzung

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. GRUNDSATZ

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) bietet die Krankenkasse Luzerner Hinterland, nachfolgend Kasse genannt, gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen an.

1.2. GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Versichert sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen ist. Sofern es in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist, kann die Unfaldeckung ausgeschlossen werden.

1.3. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

Die AVB regeln das Versicherungsverhältnis, soweit nicht im einzelnen Vertrag besondere Bedingungen vereinbart sind.

Die Gemeinsamen Bestimmungen der AVB gelten für alle nachfolgend aufgeführten Versicherungsabteilungen. Einzelheiten über die Leistungen sind in den Bestimmungen über die einzelnen Versicherungsabteilungen enthalten. Soweit diese von den Gemeinsamen Bestimmungen abweichen, gehen die Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen vor.

1.4. ANWENDBARES RECHT

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908. (VVG)

2. Versicherungsabteilungen

2.1. VERSICHERUNGSMÖGLICHKEITEN

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

KOMBI: ALLGEMEIN, HALBPRIVAT, PRIVAT UND HOTEL (Abt F)

KRANKENPFLEGE - ZUSATZVERSICHERUNG (Abt V) (Allgemeiner Krankenpflegezusatz)

Die Kasse kann weitere Versicherungen vermitteln.
Für die vermittelten Versicherungen gelten die AVB des jeweiligen Versicherungsträgers. Die Verwaltung der vermittelten Versicherungen wird von der Krankenkasse Luzerner Hinterland im Auftrag des jeweiligen Versicherungsträgers ausgeführt. Für die vermittelten Versicherungen ist der jeweilige Versicherungsträger Risikoträger und rechtlich verantwortlich.

2.2. ÄNDERUNGEN DER VERSICHERUNGSABTEILUNGEN

Die Kasse ist berechtigt, diese AVB sowie die ergänzenden Bedingungen der einzelnen Versicherungen teilweise oder in ihrer Gesamtheit anzupassen, wenn es kostenintensive medizinische Entwicklungen oder Änderungen beim Kreis der medizinischen Leistungserbringer oder den Therapieformen oder eine Änderung der Leistung des KVG nötig machen.

Werden im Laufe der Versicherungsdauer die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder ergänzende Bedingungen der Versicherungen angepasst, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Vertrag zu den neuen Bedingungen fortgesetzt werde. Er muss jedoch, wenn für die Versicherung zu den neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, das entsprechende Entgelt gewähren. Die Kasse teilt dem Versicherungsnehmer diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die bisherigen Versicherungen für die Dauer der Laufzeit nach den bisherigen Bedingungen weiterführen.

2.3. VERSICHERUNGSKOMBINATIONEN

Folgende Versicherungen können selbständig, ohne dass eine Krankenpflegeversicherung nach KVG bei der Kasse besteht, abgeschlossen werden:

- Kombi Allgemein, Halbprivat, Privat und Hotel
- Allgemeiner Krankenpflegezusatz

2.4. GEWÄHLTE VERSICHERUNGSABTEILUNGEN

In der Versicherungs-Police werden die abgeschlossenen Versicherungsabteilungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, sind ebenfalls in der Versicherungs-Police vermerkt.

3. Versicherte Personen

3.1. Versichert ist die in der Versicherungs-Police aufgeführte Person.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1. VERFAHREN BEI VERSICHERUNGSABSCHLUSS

4.1.1 Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mittels vorge-drucktem Formular der Kasse. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Nicht handlungsfähige Personen können nur durch ihre gesetzlichen Ver-treter versichert werden.

4.1.2. Anzeigepflicht

1 Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erheb-liche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist die Kasse berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündi-gen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

2 Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem die Kasse von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat.

3 Wird der Vertrag durch Kündigung nach Absatz 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht der Kasse für bereits eingetretene Schäden, de-ren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebli-che Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die Kasse Anspruch auf Rückerstattung.

4 Umfasst der Vertrag mehrere Personen und ist die Anzeigepflicht nur bezüglich eines Teiles dieser Gegenstände oder Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für den übrigen Teil wirksam, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Kasse diesen Teil allein zu den nämlichen Bedingungen versichert hätte.

5 Trotz der Anzeigepflichtverletzung kann die Kasse den Vertrag nicht kündigen:

a) wenn die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Tatsache vor Eintritt des befürchteten Ereignisses weggefallen ist;

b) wenn die Kasse die Verschweigung oder unrichtige Angabe veranlasst hat;

c) wenn die Kasse die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss;

d) wenn die Kasse die unrichtig angezeigte Tatsache richtig gekannt hat oder gekannt haben muss;

e) wenn die Kasse auf das Kündigungsrecht verzichtet hat;

f) wenn der Anzeigepflichtige auf eine ihm vorgelegte Frage eine Antwort nicht erteilt, und die Kasse den Vertrag gleichwohl abgeschlossen hat. Diese Bestimmung findet keine Anwendung, wenn die Frage, auf Grund der übrigen Mitteilungen des Anzeigepflichtigen, als in einem bestimmten Sinne beantwortet angesehen werden muss und wenn diese Antwort sich als Verschweigen oder unrichtige Mitteilung einer erheblichen Gefahrstat-
sache darstellt, die der Anzeigepflichtige kannte oder kennen musste.

4.1.3 Einholen von Auskünften

Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person die Kasse, bei Medizinalpersonen sowie bei anderen Versicherern die für den Versicherungsabschluss und für die Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen.

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder auf ihre Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Der/die Versicherungsnehmer(in) hat dafür zu sorgen, dass er/sie alle notwendigen Angaben über die versicherte Person machen kann.

4.1.4. Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der/die Versicherungsnehmer(in):

- die Versicherungs-Police
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- die spez. Bedingungen der abgeschlossenen Versicherungsabteilung

4.1.5. Widerrufsrecht

Der Antrag auf Versicherungsabschluss kann innerhalb von 14 Tagen seit der Unterzeichnung zurückgezogen werden. Mit Abgabe der Widerrufserklärung fallen sämtliche Verpflichtungen der Kasse dahin.

Stimmt der Inhalt der Versicherungs-Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der/die Versicherungsnehmer(in) innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls ihr Inhalt als von ihm oder ihr genehmigt gilt.

4.2. BEGINN DER VERSICHERUNG

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungs-Police bestätigten Datum.

4.3. DAUER DER VERSICHERUNG

4.3.1. Im Allgemeinen

Die Versicherung dauert jeweils ein Kalenderjahr vom 01. Januar bis 31. Dezember.

4.3.2. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Prämie bemisst sich nach der verbleibenden Versicherungsdauer.

4.3.3. Verlängerung der Versicherung

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach jedem Jahresablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn er nicht von dem/der Versicherungsnehmer(in) mindestens 3 Monate im Voraus gekündigt wird.

4.4. ÄNDERUNG DER VERSICHERUNG

4.4.1. Änderung durch den/die Versicherungsnehmer(in)

Anträge auf eine Abänderung des Versicherungsvertrages mit einer erhöhten Deckung gelten als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

4.4.2. Änderung durch die Kasse

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau

des medizinischen Leistungsangebotes, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist die Kasse berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen werden dem/der Versicherungsnehmer(in) 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie/er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens des/der Versicherungsnehmers(in), gilt dies als Zustimmung zu den neuen Vertragsbedingungen.

5. Beendigung der Versicherung

5.1. KÜNDIGUNG DURCH DEN/DIE VERSICHERUNGSNEHMER(IN)

5.1.1. Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. eine Versicherungsabteilung kann jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen bleiben vorbehalten.

5.1.2. Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den die Kasse Leistungen erbracht hat, kann der/die Versicherungsnehmer(in) innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit der Leistungsübernahme durch die Kasse, schriftlich von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurücktreten. Die Prämie ist bis zum Ablauf des Kalendermonats geschuldet.

5.2. ÜBRIGE BEENDIGUNGSGRÜNDE

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person
- b) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen
- c) bei Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet

Das Tätigkeitsgebiet umfasst folgende Kantone:

Luzern, Bern, Zürich, Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Zug, Solothurn und Aargau.

6. Leistungen

6.1 BEGRIFFSDEFINITIONEN

6.1.1. Krankheit

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.

6.1.2. Unfall

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) Bandläsionen;
- h) Trommelfellverletzungen.

Keine Körperschädigung im Sinne von Absatz 2 stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss UVG als Unfälle anerkannt sind.

6.1.3. Mutterschaft

Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind gleich versichert wie Krankheit, wenn die Versicherung bei der Kasse für die Mutter im Zeitpunkt der Geburt schon mindestens 270 Tage gedauert hat, oder bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn die Annahme des Versicherungsantrages durch die Kasse mindestens 270 Tage vor der Geburt bestätigt wurde.

6.2. LEISTUNGSBEREICH

6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt für Leistungen in der Schweiz. Die Bestimmungen über die örtliche Geltung gemäss den Versicherungsbestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen gehen vor.

6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

6.3. VERSICHERTE LEISTUNGEN

6.3.1. Leistungsumfang

Versichert sind die Leistungen gemäss der in der Versicherungs-Police aufgeführten Deckung und gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen.

6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Behandlungskosten sind gedeckt, wenn sie wirtschaftlich, wirksam, zweckmässig und medizinisch notwendig sind. Das heisst, die Kosten medizinischer Behandlungen werden übernommen, soweit sie sich auf das im Interesse der versicherten Person liegende und dem Behandlungszweck nach erforderliche Mass beschränken.

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann die Kasse ihre Leistungen entsprechend kürzen oder ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

Behandlungen durch Medizinalpersonen oder medizinische Institutionen sind versichert, wenn diese gemäss KVG anerkannt sind. Die Leistungen anderer Personen oder Institutionen sind versichert, soweit dies in den einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist.

6.4. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNGEN

6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Die Kasse kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausschliessen, ausser für die, die den Besitzstand geniessen. Die Deckungseinschränkung ist auf der Versicherungspolice aufgeführt.

6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und von der Kasse von der Versicherung ausgeschlossen wurden.

b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden.

c) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt.

d) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist.

e) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen.

f) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie.

g) für Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn, (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird.

h) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenversicherung. Allfällige weitere Leistungsausschlüsse sind in den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen festgehalten.

6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

a) bei Verletzung der gesetzlichen Pflichten durch den/die Versicherungsnehmer(in) oder die versicherte Person.

b) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen.

c) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu.

d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungs- oder Selbstverletzungsversuchen.

e) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen vorgelegt werden.

7. Mitwirkungspflichten im Krankheitsfall und bei Unfall

7.1. MELDEPFLICHT

Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen bei der Kasse einzureichen. Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen.

Der Eintritt eines Unfalles muss spätestens innerhalb von zehn Tagen gemeldet werden. Werden Leistungen geltend gemacht, sind der Kasse sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt.

7.2. SCHADENMINDERUNG

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Schadenminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert, und sie hat alles zu unterlassen, was diese verzögert.

7.3. AUSKUNFTSPFLICHT

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und Ärztinnen und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der

Kasse von der Schweigepflicht. Die Kasse kann nötigenfalls Auskünfte einholen.

Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder Ärztin oder den Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztin der Kasse untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt die Kasse.

Die versicherte Person erteilt der Kasse Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind der Kasse Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Bei nicht handlungsfähigen Personen haben die gesetzlichen Vertreter die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8. Prämien und Zahlungen

8.1. PRÄMIENFESTSETZUNG

8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämie wird risikogerecht, wie beispielsweise nach dem Lebensalter der versicherten Person, festgesetzt.

Prämienänderungen infolge Wechsel der Risikogruppe erfolgen automatisch. Innert 30 Tagen seit Bekanntgabe der neuen Prämie kann der entsprechende Versicherungszweig gekündigt werden.

Kommt die versicherte Person der Meldepflicht (gemäss Art. 10 nachstehend) betreffend veränderte persönliche Verhältnisse, die für die Berechnung der Prämie massgeblich sind, nicht nach, so ist eine allfällige Prämien-differenz rückwirkend geschuldet.

8.2. ANPASSUNG DER PRÄMIENTARIFE UND DER KOSTENBETEILIGUNG

Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden.

Die Prämienanpassungen werden dem/der Versicherungsnehmer(in) 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie/er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch die Kasse auf das Datum der Wirksamkeit der Prämien-

anpassung hin von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.3. PRÄMIENZAHLUNG

8.3.1. Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Mutterschaft und Arbeitsunfähigkeit.

Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die Prämie für den ganzen Monat geschuldet.

8.3.2. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht durch den/die Versicherungsnehmer(in) auch innert einer Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung, die ausstehenden Prämien innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Zahlungsaufforderung macht den/die Versicherungsnehmer(in) auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht für Behandlungen oder Erwerbsausfälle, die vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Verwaltungskosten stattfinden.

Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während dem Ruhen der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie.

Wird die ausstehende Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag. Die Kasse kann ab Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten.

8.4. SONSTIGE ZAHLUNGSBESTIMMUNGEN

8.4.1. Verrechnung

Die Kasse kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person oder des/der Versicherungsnehmers(in) verrechnen.

Die versicherte Person oder der/die Versicherungsnehmer(in) haben gegenüber der Kasse kein Verrechnungsrecht.

8.4.2. Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber der Kasse können ohne deren Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

8.4.3. Leistungsauszahlung

Sofern zwischen der Kasse und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet die versicherte Person den Leistungserbringern das Honorar.

Bestehen zwischen der Kasse und Leistungserbringern anderslautende Verträge und Tarife, erfolgt die Direktzahlung von der Kasse an die Leistungserbringer. Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch die Kasse ist die versicherte Person verpflichtet, die vereinbarte Kostenbeteiligung innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung der Kasse zurückzuerstatten.

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsteller und versicherten Personen sind für die Kasse nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von der Kasse für den entsprechenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden von der Kasse zurückgefordert.

Verjährung: Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber der Kasse verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht der Kasse begründet.

9.1. SUBSIDIARITÄT

9.1.1. Im Allgemein

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte aus Gesetz oder Verschulden, ist die Kasse höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

Im Umfang der Leistungs- oder Reduktionsansprüche gegenüber Kantonen und Gemeinden besteht ebenfalls keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.3. Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, so wird ausgerechnet, wie viel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die nach diesen AVB zu leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

9.1.4. Leistungsverzicht

Verzichtet der/die Versicherungsnehmer(in) bzw. deren gesetzlicher Vertreter ohne Zustimmung der Kasse ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

9.2. SOZIALVERSICHERUNGEN

Es werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVIG etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

9.3. VORLEISTUNGEN UND REGRESS

Im Verhältnis zu andern Dritten als den Sozialversicherungen, können Vorleistungen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und dass sie ihre Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an die Kasse abtritt.

9.4. ÜBERVERSICHERUNG

Den Versicherten darf aus den Leistungen nach diesen AVB unter Berücksichtigung der Leistungen von Dritten kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

10. Mitteilungen

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Personen (Adresse, Zivilstand, berufliche oder schulische Ausbildung, Ableben, Un-

fälle, Eintritt Arbeitsunfähigkeit, Einkommensverhältnisse) die für die Versicherung wesentlich sind, sind der Kasse innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Alle Mitteilungen des/der Versicherungsnehmers(in) oder der versicherten Person sind an die Geschäftsstelle der Kasse zu richten.

Mitteilungen der Kasse erfolgen rechtsgültig schriftlich, an die versicherte Person oder an den/die Versicherungsnehmer(in) an deren zuletzt angegebene Adresse oder an die Kontaktadresse in der Schweiz.

11. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss AVB und allfälliger besonderer Bestimmungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, oder am Geschäftssitz der Kasse offen.