

CSS-Standardversicherung

Heilungskostenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Ausgabe 01.2017

Auf der Police sind die versicherten Personen sowie die versicherten Leistungen aufgeführt, ferner auch das Beginndatum des Versicherungsschutzes, die Vertragsdauer und allfällige besondere Vereinbarungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Vertragsgrundlagen, Formvorschriften, Mitteilungen	2	13	Wohnortswechsel	3
2	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	2	14	Kinder	3
3	Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	2	15	Leistungsumfang	3
4	Prämienrückerstattung	2	16	Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche	4
5	Ersatzpolice	2	17	Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen	4
6	Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers	2	18	Leistungskürzungen	4
7	Kostenbeteiligung	2	19	Verträge mit Leistungserbringern	4
8	Rabatte und Boni	2	20	Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer	4
9	Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre	3	21	Gesundheitskonto	4
10	Kombinationsrabatt «Zoom»	3	22	Anwendbares Recht, Datenschutz und Gerichtsstand	4
11	Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) für einzelne Leistungen	3	Anhang		5
12	Wechsel der Tarifaltersgruppe	3	23	Familienrabatt	5

Art. 1 Vertragsgrundlagen, Formvorschriften, Mitteilungen

Alle Leistungen gemäss den vorliegenden Versicherungsbedingungen (AVB) sind, insbesondere in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), versichert. Soweit in den vorliegenden AVB oder in allfälligen besonderen Vereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist, richtet sich der Versicherungsvertrag nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Änderungen der VVG-Revision vom 19.06.2020 gelten auch für Verträge, die vor dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden. Ausgenommen hiervon sind die Schulden der versicherten Person. Diese verjähren weiterhin nach zwei Jahren. Wird in den AVB die schriftliche Form verlangt, genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht. Wird bei einer Mitteilung kein Formerfordernis angeführt, kann diese auch mündlich erfolgen. Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an die CSS zu richten. Seitens der CSS erfolgen alle Mitteilungen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse (Postadresse, E-Mail-Adresse).

Art. 2 Krankheit, Unfall, Mutterschaft

- 2.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Auf der Police ist für jede Leistung aufgeführt, ob Unfälle mitversichert sind. Wo in den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen von Krankheit die Rede ist, gilt dies sinngemäss auch für Unfälle.
- 2.3 Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringen wir die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

Art. 3 Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

- 3.1 Die Vertragsdauer ist auf der Police aufgeführt. Die Versicherung verlängert sich danach stillschweigend um je ein Jahr.
- 3.2 Der Versicherungsnehmer kann die jeweilige Versicherung, auch wenn diese für eine längere Dauer vereinbart wurde, mit Wirkung auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist kündigen. Die CSS hat in diesem Fall kein Kündigungsrecht. Sie und die CSS können sodann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne von Art. 35b VVG kündigen. Im Zeitpunkt der Kündigung hängige Leistungsfälle bleiben geschuldet.
- 3.3 Im Leistungsfall, für den wir Leistungen erbringen, können Sie spätestens innert 14 Tagen, nachdem Sie von der letzten Auszahlung Kenntnis erhalten haben, den Vertrag schriftlich kündigen. Haben Sie Ihre Kündigung erklärt, so erlischt die Versicherungsdeckung innert 14 Tagen seit Eintreffen der Kündigung bei der CSS. Der CSS bleibt der Anspruch auf die Prämie für das laufende Kalenderjahr gewahrt, falls Sie den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigen. Die CSS hat im Leistungsfall kein Kündigungsrecht.
- 3.4 Für Änderungen der Prämien, der Kostenbeteiligungsregeln, der Regelungen für den Leistungsfreiheitsrabatt und Kombinationsrabatt «Zoom» sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen finden die Art. 8 bis 10 Anwendung.
- 3.5 Die Versicherung erlischt bei:
- Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
 - vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als einem Jahr auf das Ende des Versicherungsjahres.

Art. 4 Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Vertragsende aufgehoben, erstatten wir die bezahlte Prämie anteilmässig zurück, es sei denn, die versicherte Person habe den Vertrag während des ersten Versicherungsjahres im Leistungsfall gekündigt.

Art. 5 Ersatzpolice

Ersetzt der Vertrag einen früheren der CSS, werden früher bezogene, begrenzte Leistungen aus der ersetzten Police bei künftigen Leistungen angerechnet.

Art. 6 Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers

30 Tage nach Verfall der Rechnung für Prämien, Kostenbeteiligungen oder andere Zahlungen wird ein Verzugszins verrechnet.

Art. 7 Kostenbeteiligung

Für die Versicherten gelten die auf der Police aufgeführten Franchisenbeträge und, wo nichts anderes vermerkt ist, ein genereller Selbstbehalt von 10%. Auf summenmässig begrenzte Leistungen sowie bei Leistungen für Spitalaufenthalt wird der prozentuale Selbstbehalt nicht erhoben.

Art. 8 Rabatte und Boni

- 8.1 Die CSS kann Rabatte und Boni gewähren. Der Verlust der Rabatte aufgrund der Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen berechtigt nicht zur Kündigung der abgeschlossenen Versicherung. Das Gleiche gilt, wenn aufgrund der vertraglich festgelegten Kriterien kein Bonus ausbezahlt wird. Die Kürzung der Rabatte bzw. Boni zufolge Tarifanpassung durch die CSS und/oder die Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. einen Bonus durch die CSS lösen ein Kündigungsrecht aus.
- 8.2 Die CSS gewährt Kindern und Jugendlichen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 25. Altersjahr vollendet, einen Familienrabatt. Details zum Familienrabatt regelt die CSS in einem Anhang zu den AVB. Die CSS kann den Anhang zu den AVB einseitig abändern. Änderungen erfolgen jeweils per Beginn eines Kalenderjahres. Die Rabatthöhe ist abhängig von der Versicherungsdeckung der Rabattperson (erziehungsberechtigte Person) und des Kindes resp. des Jugendlichen. Sie ergibt sich aus der Police. Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 25. Altersjahres unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:
- Das Kind verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG.
 - Eine erwachsene erziehungsberechtigte Person (Rabattperson) lebt im selben Haushalt.
 - Die Rabattperson verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG.
- 8.3 Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel CSS-Standardversicherung mit mehreren Rabatten:

Bruttoprämie	CHF 7.90
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 0.80
Nettoprämie I	CHF 7.10
– Rabatt II (fiktiv) 75%	CHF 5.35
Nettoprämie II	
(effektiv zu bezahlende Prämie)	CHF 1.75

8.4 Die CSS gibt Änderungen der Rabatte und Boni sowie der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. Bonus spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit diesen Änderungen nicht einverstanden, kann die jeweils betroffene Versicherung mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres während den üblichen Bürozeiten bei der CSS eingegangen ist.

Art. 9 Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre

9.1 Jede versicherte Person hat Anspruch auf einen Prämienrabatt. Massgebend für die Berechnung des Rabattes sind Leistungsbezüge während der Beobachtungsperiode. Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum von Anfang September bis Ende August der drei letzten aufeinanderfolgenden Jahre.

9.2 Es gelten folgende Rabattstufen:

Rabattstufe	Rabatt in %	Bezogene Leistungen in CHF innerhalb von 3 Jahren
0	0	> 300
1	25	</= 300

Mutterschaftsleistungen und Leistungen aus dem Gesundheitskonto werden für die Berechnung des Leistungsfreiheitsrabattes nicht berücksichtigt.

Die versicherte Person erhält bei Vertragsabschluss automatisch die Rabattstufe 1. Ausgenommen hiervon sind Versicherte mit einer CSS-Standardversicherung plus. Ambulante Leistungsbezüge aus dieser Versicherung werden für die Bestimmung der Rabattstufe angerechnet.

9.3 Der Rabatt ist auf der Police bzw. Prämienübersicht aufgeführt. Die Rabattberechtigung wird jährlich neu geprüft. Wurden in der Beobachtungsperiode die massgebenden Leistungen bezogen, erfolgt die Anpassung der Rabattstufe auf Beginn des neuen Versicherungsjahres.

9.4 Die Anrechnung früherer Versicherungsjahre (vor 01.01.1997) erfolgt in den Übernahmebeständen in Form eines Treuerabattes.

Art. 10 Kombinationsrabatt «Zoom»

10.1 Anspruch auf einen Kombinationsrabatt «Zoom» haben versicherte Personen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Altersjahr vollendet und folgende Versicherungen abgeschlossen hat (kumulativ):

- CSS Standardversicherung
- Alternativversicherung 1997 oder Alternativversicherung 2001
- Notfallversicherung Variante 1

10.2 Der Kombinationsrabatt erlischt per Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Altersjahr vollendet oder die CSS-Standardversicherung gekündigt wird.

Art. 11 Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) für einzelne Leistungen

11.1 Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise, Selbstbehalte), können wir den Vertrag anpassen.

Die Veränderungen der Leistungsfreiheitsrabatte berechtigen nicht zu einer Kündigung.

11.2 Wir sind berechtigt, für die einzelnen Leistungen die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) anzupassen, nämlich bei Ausweitung der Zahl oder Etablierung

neuer Arten von Leistungserbringern, infolge Entwicklungen der modernen Medizin oder infolge der Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen.

11.3 Wir geben Ihnen die Änderungen bis spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt. Sind Sie mit den Änderungen nicht einverstanden, können Sie den Vertrag kündigen.

Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei uns eintrifft.

Art. 12 Wechsel der Tarifaltersgruppe

12.1 Wir können die Prämien auf den Beginn der folgenden Tarifaltersgruppen anpassen:

0.–18. Altersjahr	46.–50. Altersjahr
19.–25. Altersjahr	51.–55. Altersjahr
26.–30. Altersjahr	56.–60. Altersjahr
31.–35. Altersjahr	61.–65. Altersjahr
36.–40. Altersjahr	66.– n. Altersjahr
41.–45. Altersjahr	

12.2 Bei einer Prämienanpassung infolge des Eintritts in eine höhere Tarifaltersgruppe besteht ein Kündigungsrecht.

Art. 13 Wohnortswechsel

Ein Wohnortswechsel ist uns unverzüglich zu melden. Hat dieser Wechsel eine Prämienänderung zur Folge, passen wir die danach fällig werdenden Prämien an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.

Art. 14 Kinder

14.1 Wir versichern Neugeborene vorbehaltlos auf den Tag der Geburt, sofern der Antrag spätestens 30 Tage nach der Geburt bei uns eintrifft.

14.2 Wir können die für Kinder zu versichernden Leistungen auf diejenigen der Eltern beschränken.

Art. 15 Leistungsumfang

15.1 Wir bezahlen:

- a) die Kosten der Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren und von anderen im KVG aufgeführten Leistungserbringern;
- b) ärztlich verordnete wissenschaftlich anerkannte Medikamente, ausgenommen Medikamente der «Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten»;
- c) die Hilfsmittel aufgrund der von uns erstellten Liste;
- d) an die Auslagen für Brillengläser oder Kontaktlinsen CHF 250, und zwar: pro Brille für Kinder; einmal pro drei Kalenderjahre für Erwachsene;
- e) notwendige Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaften;
- f) CHF 200 Stillgeld pro Kind bei einer Mindeststilldauer von 30 Tagen, sofern das Kind bei uns versichert ist;
- g) gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen;
- h) Unterbindung ambulant und stationär (allgemeine Abteilung) nach anerkanntem Tarif;
- i) 50% der Kosten an Zahnstellungskorrekturen (kieferorthopädische Behandlungen, orthodontische Massnahmen) maximal CHF 12 000 pro Versicherten bis zum Erreichen des vollendeten 20. Altersjahres;
- k) für Kinder 50% von weiteren, nicht anderweitig oder bei der CSS versicherten Zahnbehandlungskosten bis CHF 1000 pro Kalenderjahr;
- l) Dentalhygiene (ab Vollendung des 18. Altersjahres bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Altersjahr vollendet): 50%, max. CHF 150 pro Kalenderjahr;
- m) die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz, die sich auf

der für uns verbindlichen Spitalliste nach KVG und auf der Liste der Spitäler mit von uns anerkanntem Tarif befinden, ohne Selbstbehalt auf die CSS-Standardversicherung;

n) solange nicht zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) zählend, für eine psychotherapeutische Behandlung, die durch einen von uns anerkannten Psychotherapeuten durchgeführt wird, pro Kalenderjahr CHF 40 pro Sitzung für 20 Sitzungen;

o) bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Altersjahr vollendet, für die Dauer von zehn Wochen pro Kalenderjahr ab Behandlungsbeginn für Notfälle weltweit, summenmässig unbegrenzt die Heilungskosten zu den ortsüblichen Preisen.

15.2 In Notfällen sind diese Leistungen weltweit versichert; für Spitalleistungen höchstens soweit sie am Wohnort des Versicherten geschuldet sind.

15.3 Die freie Wahl unter den Leistungserbringern nach Art. 15.1 Bst. a der CSS-Standardversicherung entfällt, wenn Sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine entsprechende Variante gewählt haben.

Art. 16 Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche

16.1 Leistungsfall:

Ein Leistungsfall ist eine Rechnung eines Leistungserbringers über seinen Aufwand für vertragliche Leistungen innerhalb von längstens drei Monaten. Endet der Vertrag, erlischt die Bezugsberechtigung spätestens nach drei Monaten.

16.2 Mitteilung:

Spitaleintritte sind uns unverzüglich mitzuteilen. Auf Antrag erteilen wir eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.

16.3 Geltendmachung der Ansprüche:

Zur Geltendmachung der Ansprüche sind uns Originalrechnungen und ärztliche Zeugnisse vorzulegen, aus denen die einzelnen Leistungen und deren Rechtmässigkeit ersichtlich sind.

Art. 17 Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen

Nichtversicherte Leistungen sind:

17.1 gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG;

17.2 wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzuweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist;

17.3 Leistungen für Mutterschaft und damit zusammenhängende Krankheiten, wenn die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;

17.4 Spitalaufenthalte, die nicht der Verbesserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen (chronische Erkrankungen);

17.5 Entwöhnungskuren;

17.6 kosmetische Behandlungen;

17.7 Zellulärtherapie;

17.8 Leistungen an die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des Spitals für die Kantoneinwohner, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb seines Wohnkantons befindlichen Spitals beansprucht;

17.9 Krankheiten und Unfälle infolge von Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie Verwendung der Atomenergie zu militärischen Zwecken in Kriegs- und Friedenszeiten;

17.10 Unfälle infolge Erdbeben oder bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch den Versicherten;

17.11 Krankheiten und Unfälle infolge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen;

17.12 Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;

17.13 für die Zeit vor der unentschuldig verspäteten Meldung des Leistungsfalles;

17.14 bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Leistungserbringer.

Leistungseinschränkungen:

17.15 Leistungen im Ausland erbringen wir nur und solange dem Versicherten keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist.

Wir bezahlen Leistungen, deren Umfang vom Versicherten nachzuweisen ist, bis zu dem auf der Police allenfalls aufgeführten Betrag und in der Höhe, wie am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten (vorbehaltlich Art. 15.1 Bst. o);

17.16 Bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen besteht ein Leistungsanspruch nur während 180 Tagen innert 900 aufeinanderfolgender Tage.

Listen:

17.17 Die in den AVB genannten Listen, mit Einzelheiten über Leistungen oder zugelassene Leistungserbringer, werden Ihnen auf Wunsch jederzeit zur Verfügung gestellt.

Art. 18 Leistungskürzungen

18.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag verhältnismässig reduziert.

18.2 Wir verzichten, Versicherungsleistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen. Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen werden jedoch nicht ersetzt.

Art. 19 Verträge mit Leistungserbringern

Wir behalten uns vor, zugunsten der Versicherten Leistungstarife und andere Leistungsabkommen zu vereinbaren.

Art. 20 Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer

20.1 Bei Leistungsfällen, für die ein UVG-, KVG-Versicherer, die MV oder IV entschädigungspflichtig ist, bezahlen wir im Rahmen der versicherten Leistungen nur den von diesen Versicherern nicht gedeckten Teil der geschuldeten Leistungen.

20.2 Bei Mehrfachversicherung leisten wir anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

Art. 21 Gesundheitskonto

Leistungsumfang:

Wir beteiligen uns an den Kosten für individuelle Präventionsmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos.

Art. 22 Anwendbares Recht, Datenschutz und Gerichtsstand

22.1 Diese Versicherung untersteht schweizerischem Recht.

22.2 Der Datenschutz richtet sich nach dem VVG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Datenbearbeitungen der CSS werden in der Datenschutzerklärung erläutert. Diese beschreibt, wie die CSS Personendaten bearbeitet. Die Datenschutzerklärung hat deklaratorische Bedeutung und ist nicht Vertragsbestandteil. Sie ist abrufbar unter: css.ch/datenschutz oder bestellbar bei: CSS, Datenschutzberater, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern.

22.3 Bei Rechtsstreitigkeiten können Sie gegen uns am schweizerischen Wohnort oder in Luzern Klage erheben.

Anhang

Art. 23 Familienrabatt

Als Familienversicherer gewährt die CSS Versicherung AG auf die Prämien von Zusatzversicherungen nach VVG attraktive Familienrabatte für Kinder und Jugendliche.

23.1 Voraussetzungen für Prämienrabatte in Zusatzversicherungen

Die kumulativen Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung für den Familienrabatt ergeben sich aus Art. 8.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

23.2 Rabatthöhe und Maximalalter

Rabatthöhe	Maximalalter
75%	bis 18. Altersjahr
25%	19. bis 25. Altersjahr

Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht des Kindes oder Jugendlichen ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel CSS-Standardversicherung mit mehreren Rabatten¹:

Bruttoprämie	CHF 7.90
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 0.80
Nettoprämie I	CHF 7.10
– Familienrabatt 75%	CHF 5.35
Nettoprämie II (effektiv zu bezahlende Prämie)	CHF 1.75

¹ Die versicherte Person ist 5 Jahre alt. Die Prämie ist nur exemplarisch und entspricht nicht der effektiven Prämie.

